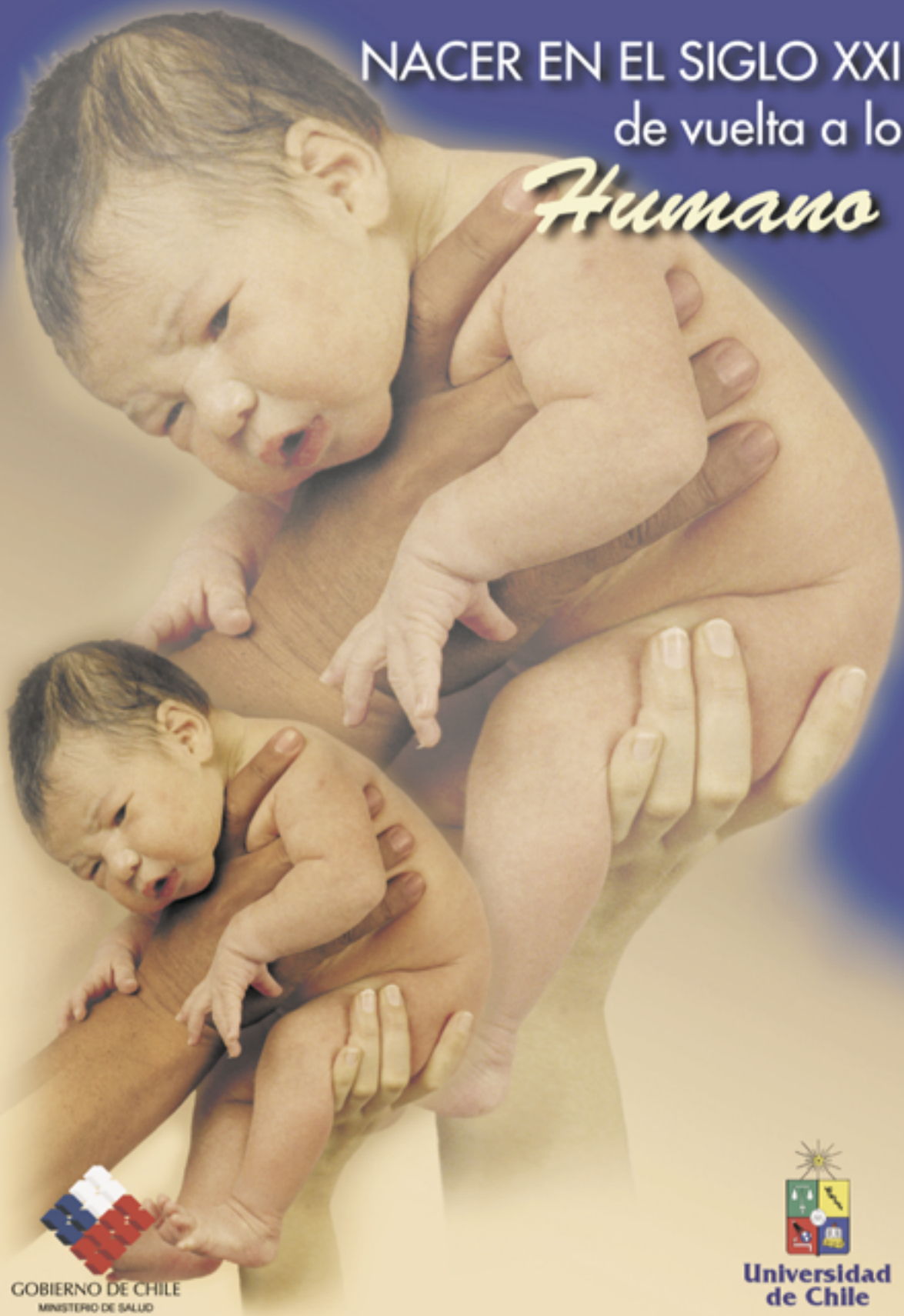


NACER EN EL SIGLO XXI de vuelta a lo *Humano*



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



Universidad
de Chile

Humanización del Proceso Reproductivo Mujer-Niño-Familia

EDITORES:

Dr. Hugo Muñoz Cáceres
Dra. Ana María Kaempffer Ramírez
Dr. René Castro Santoro
Dr. Sergio Valenzuela Puchulu

COLABORADORES:

Matronas:

Sra. Rosa Isabel González Correa
Sra. Delia Opazo Roismann
Sra. María Elena Larée Quevedo
Sra. Marcela Vásquez Ovalle
Sra. Laura Muñoz Montero

Periodistas:

Sra. Ruth Tapia Núñez
Sra. Ivonne Muñoz Madariaga

INDICE

1) PROLOGO	4
2) PALABRAS DEL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE	8
3) SOBRE LA MUJER Y LO FEMENINO . <i>Dr. Otto Dörr Zegers</i>	13
4) DIFERENCIAS DE GENERO EN EL CEREBRO HUMANO. EFECTOS PSICONEUROENDOCRINOS DE LAS HORMONAS SEXUALES. <i>Dr. Oscar González Campos</i>	25
5) MUJER Y SOCIEDAD <i>Dra. Ana Kaempffer Ramírez</i>	39
6) HISTORIA DE LA ATENCION OBSTETRICA <i>Dr. Hugo Muñoz C, Matr. Sras: Delia Opazo R, Rosa Isabel Gonzalez C., María Elena Larée Q, Laura Muñoz M., Marcela Vásquez O.</i>	53
7) LA FAMILIA: TALLER DE HUMANIZACION LA PATERNIDAD RESPONSABLE: UNA MISION DE PERSONALIZACION <i>Dr. Luis Jensen A.</i>	87
8) MASCULINIDAD Y PATERNIDAD <i>Sr. José Olavarría</i>	95
9) INVOLUCRAMIENTO DEL VARON EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA : UN ESTUDIO CUALITATIVO. <i>Alfonso Luco, Jorge Robinovich, María Inés Espinoza</i>	101
10) FORMACION PRE-CONCEPCIONAL DE LOS PADRES Y SEXUALIDAD <i>Dr. Sergio Valenzuela Puchulu</i>	109
11) ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO <i>Dr. Rubén Alvarado M.</i>	127
12) PARTO NATURAL: "NACER BIEN, DERECHO DE LOS HIJOS. RENACER OPORTUNIDAD DE LOS PADRES". <i>Matr. Sra. Marcia Riveros Guerra</i>	133
13) EL PARTO HUMANIZADO: MODELOS DE APOYO EMOCIONAL Y CONCEPTO DE PARTO NATURAL. <i>Dr. Sergio Valenzuela Puchulu</i>	145

14) HUMANIZACION Y TECNOLOGIA EN LA ASISTENCIA OBSTETRICA <i>Dr. René Castro Santoro</i>	165
15) OPERACION CESAREA: UNA PERSPECTIVA CULTURAL. <i>Dr. Jorge Hasbun Hernandez.</i>	173
16) RELACION MADRE-HIJO INICIAL: APEGO ¿FICCION O REALIDAD? <i>Dr. Fernando Pinto Laso</i>	189
17) PROMOCION DEL PROCESO DE VINCULACION EN DIADAS MADRE BEBE SANAS Y DIADAS MADRE BEBE CON PATOLOGIA. <i>Dra. M. Kimelman, Dr. G. Hernández, AS O. Montino y cols.</i>	193
18) LACTANCIA AFECTIVA <i>Dr. Hugo Muñoz Cáceres</i>	199
19) BASES PARA UNA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACION EN LA ATENCION DEL PROCESO REPRODUCTIVO <i>Dr. René Castro Santoro</i>	211
20) HUMANIZACION DE LA ATENCION OBSTETRICA Y LA CALIDAD TOTAL <i>Dr. Hugo Muñoz Cáceres</i>	225
21) PATERNIDAD COMPARTIDA: UNA ESTRATEGIA EN DESARROLLO EN EL SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA <i>Matrona María Angélica Fernández Venegas</i>	235
22) HUMANIZACION Y ATENCION DE LA MADRE Y EL R.N. <i>Equipo de Salud de Los Angeles</i>	243
23) “DESARROLLO INTEGRAL Y PSICOSOCIAL DEL MENOR DE SEIS AÑOS” SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR - ORIENTE <i>Dra. Alejandra Cerón C., Luisa Ahumada T, Dra. Ana Valdés P., Daniela Castro D.</i>	247
24) VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES: DELITOS SEXUALES <i>Dr. David Montoya Squifi</i>	253
25) ACCIONES QUE CONTRIBUYEN A LA HUMANIZACION DURANTE EL PROCESO REPRODUCTIVO	265
26) ANEXOS	273

PROLOGO

El nacimiento es uno de los momentos más trascendentales en la vida de un ser humano : representa la incorporación de un nuevo individuo a la estructura familiar, unidad básica de la sociedad, sistema complejo con diversas relaciones y roles en su interior : esposos, padres, padres-hijos, hermanos, etc. La manera en que un niño llega a este mundo es de vital importancia para él, para su familia y para la sociedad en que nace.

En ese momento, el recién nacido debería ser el principal protagonista, junto con sus padres; se trata de favorecer, y no perturbar, el proceso del nacimiento, de facilitar el encuentro entre la madre, el niño y el padre (" el nacimiento como una experiencia familiar "). Diversos estudios coinciden en que la forma en que nacemos tiene un impacto sobre toda la vida futura.

A través de la historia, en todas las sociedades el fenómeno del parto era considerado como un proceso fisiológico, en el cual la futura madre asumía un rol protagónico, con la ayuda de otras mujeres (fundamentalmente apoyo emocional). El aumento del conocimiento científico y tecnológico, especialmente en la segunda mitad del siglo XX, llevó a desarrollar diferentes modelos de atención, algunos exitosos, otros que han incidido en una serie de problemas, que han sido motivo de gran preocupación en nuestro medio : atención institucional a la madre, separada de su grupo familiar; incremento de la resolución quirúrgica del parto; separación del recién nacido de su madre en las primeras horas de vida; baja prevalencia de la lactancia materna, etc. La "profesionalización" de la atención ha llevado a un predominio de la razón sobre la simple observación de los procesos fisiológicos, naturales.

La institucionalización de la atención del parto en nuestro país, junto a otras políticas de protección del binomio madre-hijo, ha impactado favorablemente en los indicadores de salud materna y perinatal, entre los mejores de América Latina. El actual exceso de cesáreas a nivel mundial -ocupando nuestro país un lamentable primer lugar- es la forma más evidente de deshumanización de la atención obstétrica; sobre ciertos niveles, los riesgos y daños asociados a esta intervención igualan, e incluso superan sus beneficios.

Las actuales tendencias han ido desperfilando el rol histórico y antropológico de la profesional Matrona en la atención del embarazo, parto y puerperio, lo que a juicio

de muchos autores ha contribuido en forma significativa al exagerado intervencionismo actual. En nuestro país, esta situación ha sido particularmente evidente en el campo de la atención obstétrica y perinatal en los sistemas privados de salud.

A nivel internacional, especialmente en países europeos como Holanda, Inglaterra, Suecia, se reconoce a la Matrona como el recurso mejor preparado para la atención personalizada continua de la mujer durante el proceso reproductivo, tanto en los aspectos técnicos como en las relaciones interpersonales; representa una figura protectora, "maternal". Un reciente estudio realizado en Inglaterra revela que es un recurso altamente costo-efectivo, que se asocia con una reducción en la tasa de cesáreas, de episiotomías, uso de anestesia, duración del trabajo de parto.

En las últimas décadas, el creciente conocimiento en el área de la neurofisiología del comportamiento ha ido develando la trascendental importancia que tienen los cuidados entregados durante el proceso reproductivo sobre el desarrollo humano. La formación de la pareja, el embarazo, el parto y la lactancia constituyen hitos importantes en la formación de los vínculos afectivos en los seres humanos.

Michel Odent, destacado médico francés, quien ha realizado en los últimos 30 años significativos aportes para la humanización en la atención del parto, describe el "período primal" - desde la concepción hasta el primer año de vida; en este período el ser humano aprendería a desarrollar la capacidad de amar, tanto a sí mismo como a los demás. El llamado "período sensible post-parto", descrito por el neonatólogo norteamericano Marshall Klaus -primeras 2 horas de vida- es fundamental en la relación madre-hijo (apego temprano, establecimiento del vínculo, inicio de la lactancia).

Ambos períodos tienen un sustrato biológico claramente documentado, con un activo flujo de hormonas entre madre e hijo -ocitocina, prolactina, catecolaminas- por lo cual es importante interferir lo menos posible sobre la fisiología del parto y el período del post-parto inmediato; lo mismo cabe señalar en relación al uso de diversos agentes farmacológicos que pueden alterar el período sensible (ocitocina artificial, preparados anestésicos y analgésicos).

El control neurológico del trabajo de parto reside en el cerebro "primitivo", por lo cual durante el mismo la mujer está en un estado alterado de conciencia; en este

período ella necesita privacidad, sentirse segura, apoyada, permitirle que siga su propio ritmo. Debe evitarse la estimulación neocortical -que controla las funciones más sofisticadas- y las situaciones de stress, a través de diversos estímulos (luces intensas, ruidos, pérdida de privacidad, evitar que se sienta invadida u observada).

En los últimos años, diversas organizaciones relacionadas con la maternidad y el cuidado del recién nacido han enfatizado la importancia de la unidad familiar en la experiencia de tener hijos. El parto se debería desarrollar en las mejores condiciones de intimidad, de respeto, de delicadeza, de calma, de libertad para dar a luz en las condiciones que resulten más cómodas a la madre.

Parto "humanizado" : el control del proceso lo tiene la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo-emocional). En suma, la mujer debe ser el foco en la atención maternal; los servicios ofrecidos deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas.

Existe una sólida evidencia científica que respalda al parto humanizado: reducción de la mortalidad materna y perinatal, reducción cesáreas, mejor calidad atención (satisfacción usuaria).

En el parto hospitalario actual, debe tenderse a proporcionar las comodidades y la atmósfera del hogar, en un medio que facilita el reconocimiento y tratamiento de posibles complicaciones maternas o perinatales. El parto se debería desarrollar en las mejores condiciones de intimidad, de respeto, de delicadeza, de calma, de libertad para dar a luz en las condiciones que resulten más cómodas a la madre. En muchos países europeos, se ha ido volviendo gradualmente al parto en domicilio, sin descuidar por ello la protección del binomio madre-hijo/a.

Para restablecer el equilibrio en la atención obstétrica se requiere educar a todos quienes participan en el proceso del trabajo de parto y parto : las mujeres, el equipo de salud; democratizar los sistemas de atención y las relaciones interpersonales entre usuarios y proveedores de servicios. El rol del profesional de salud durante este proceso debe ser ayudar sin interferir ni desplazar, guiar sin invadir; se requiere rescatar la autonomía de las personas en esta experiencia y, realizar un trabajo asociado, no confrontacional, con un objetivo común: un parto humanizado, un nacimiento feliz.

El desafío para los servicios de salud es crear nuevos modelos de atención que, junto con proteger al máximo los fenómenos fisiológicos involucrados, favorezca la

formación de núcleos familiares más sanos, como una forma de prevención de serias patologías que preocupan actualmente a nuestra sociedad (violencia intrafamiliar y maltrato infantil, entre otras).

Este libro recoge las presentaciones de connotados especialistas nacionales, provenientes de distintas disciplinas y ámbitos laborales, en el "Primer Seminario sobre Humanización del Proceso Reproductivo. Mujer-Niño-Familia" (15 - 19 Mayo 2000), a los cuales expresamos nuestro más sincero agradecimiento por sus valiosos aportes. Esperamos que sirva como un documento de reflexión y de referencia para todos los interesados en la humanización de la atención del proceso reproductivo, por las enormes implicancias que éste puede tener sobre la calidad de vida de cada individuo, familia y, de la sociedad en su conjunto.

LOS EDITORES
Santiago, Enero 2001

**Palabras del Rector de la Universidad de Chile. Profesor Luis A. Riveros
con motivo de la inauguración del Seminario**

"Humanización del Proceso Reproductivo. Mujer-Niño-Familia".

15 de Mayo de 2000

Es particularmente grato para el rector de la Universidad de Chile, inaugurar este seminario sobre la humanización del proceso reproductivo organizado por nuestra Escuela de Salud Pública, nuestro Hospital Clínico, nuestros Departamentos de extensión y de comunicaciones, y por el Ministerio de Salud. En los días en que la educación se ha ido restringiendo cada vez más a un proceso dirigido a una pura instrucción, en que ciertamente se fortalece la entrega de contenidos que desarrollan conocimientos y destrezas con fines útiles y directos, pero se deja poco espacio para la formación valórica y más profunda, que eleve el proceso a la categoría de socialización en un sentido amplio. Nuestras profundas enfermedades sociales, tienen mucho que ver con la pérdida de una perspectiva educativa verdadera, que se destine a formar personas en un sentido integral, y por esa vía introduzca una mejora que más tarde lleve a una sociedad efectivamente más solidaria, más justa, más equitativa... en definitiva, una sociedad más humana. La tarea de recuperar una educación de calidad en el sentido formativo amplio de nuestros niños y jóvenes, se mantiene como un reto de grandes proporciones y que aún no se ha enfrentado totalmente.

Y también es cierto que el propio sistema universitario ha ido sucumbiendo a una entrega puramente profesionalizante, donde priman elementos esencialmente financieros, y en que la formación se ha ido desligando de la base más amplia de una común formación humanista y valórica. Nuestra estrategia formativa de estos días fomenta la rápida recuperación de la inversión que privadamente han hecho los jóvenes y sus familias para llegar a profesionales, y se sienten así despojados de una responsabilidad, de una misión social, que les conecte de un modo distinto con sus semejantes y la sociedad. La privatización de la educación en un sentido exagerado, al menos del punto de vista de las regulaciones e incentivos, ha ido alejando a las universidades de su necesario rol crítico y pensante; la investigación se reduce sólo a aquello que se puede financiar, y normalmente no se extiende a programas de duración y trascendencia adecuada en términos de la relevancia y pertinencia de sus resultados. La docencia se marca por una organización destinada a maximizar la eficiencia en la entrega de contenidos altamente especializados y actualizados, y que ni siquiera deja el tiempo necesario para la mejor convivencia de profesores y alumnos; la presión del tiempo y de los escasos recursos nos materializa progresivamente. No hay tiempo para el hombre, la persona, en un sentido trascendental.

La extensión universitaria, que en su tiempo fue un instrumento poderoso para llevar a la sociedad la visión pensante de la universidad, y contribuir de ese modo con un aporte crítico necesario e independiente para revisar muchos problemas y alentar el diseño de mejores medidas, hoy día es insatisfactoria. Fue en el pasado la extensión un medio para llevar conocimiento a la gente, expandiendo el arte y las expresiones más bellas hacia la sociedad toda, permitiendo a la ciencia y la tecnología acceder al ciudadano común, tanto como a quienes, en la realidad productiva, necesitan familiarizarse con el progreso del conocimiento, la actualización. Hoy día, sin embargo, esa extensión se ha ido reduciendo sistemáticamente a actividades que se pueden financiar, o más aún, que produzcan los recursos que la universidad tanto necesita para otros fines académicos. Con ello, se ha dejado de pensar en muchos temas, y de llevar una reflexión que sea útil para nuestra sociedad, en medio de tanto problema, de tanto dolor, de tanta incertidumbre en nuestra sociedad. La forma en que hemos permitido se organice el sistema universitario, nos ha privado progresivamente de un instrumento de gran potencia para enriquecer las decisiones, como también para producir un debate mas amplio sobre la indispensable tarea de humanizar mas a nuestra sociedad.

Este seminario demuestra que las cosas están cambiando en la universidad. Muestra que existe viva la fuerza interna para llevar a cabo una actividad de enorme trascendencia, sólo porque, su aporte es necesario para nuestra sociedad. Indica que aún hay académicos y universitarios que se reconocen en la voluntad de servir, más allá de los simples materialismos que tanto nos han inundado y que mucho daño causan a la tarea universitaria concebida ampliamente. Señala que la Universidad de Chile está recobrando su liderazgo como universidad nacional y pública, retomando su rol de centro de reflexión y de propuesta, en su carácter de entidad crítica que privilegia, por misión, el interés nacional, los problemas de nuestra sociedad. Este cambio se da en la dirección de colocar a nuestra excelencia académica al servicio del país, para pensar nuestros problemas en un sentido amplio y profundo, mas allá de cualquier bandería o de propósitos cortoplacistas. El liderazgo de la Universidad de Chile está resurgiendo por el esfuerzo de sus académicos que, sin que aún existan las esperadas señales en cuanto a reglas y estímulos por parte de la política educacional del estado, se comprometen en la tarea de postular ideas y transformar a esta casa en un albergue de los sueños y de la discusión constructiva.

Este seminario está al centro de nuestros intereses como universidad nacional y pública. Pensamos que el ser de la universidad es el humanismo, y que debemos reponer al hombre, a la persona humana, como el fin y no como el medio de las cosas y de los progresos materiales y sociales. “De vuelta a lo humano” es un lema que ha servido para convocar a esta reunión, pero es mucho más que eso: se trata de un llamado a la conciencia universitaria para seguir reorientando nuestro trabajo

formativo, de investigación y de extensión, en una preocupación central por el humanismo. Antes que sea demasiado tarde, antes que se derrumben las bases mismas de nuestra organización social y se destruyan los medios civilizados de convivencia, es necesario volver a poner a la persona en el centro de los desarrollos a nivel de la sociedad. No habrá otra forma de crear unidad nacional, de construir un país de paz y respeto mutuo, de prospectar un futuro sin violencia y pleno de mayor solidaridad, si es que no hacemos un esfuerzo por reponer al humanismo como un elemento central de nuestra organización social. Este seminario es, en primer término, un llamado lleno de esperanzas por sacar al humanismo del discurso y del aprovechamiento para pequeñas ventajas políticas, y ponerlo de hecho como un factor de cohesión y dirección del progreso que esperamos concretar para nuestros descendentes.

Este seminario trata con uno de los aspectos más bellos y más trascendentales de nuestra sociedad, como es el proceso reproductivo. Más que un frío elemento de cálculo estadístico y de estudio de los factores que permiten una reproducción mas eficiente desde todo punto de vista, se destaca aquí el esfuerzo por hacer de este proceso una demostración de la mejora en calidad de vida, en donde se fortalezca a la familia como el núcleo central de la organización social, el semillero de formación y desarrollo de las personas en lo valórico, lo afectivo y lo cognitivo. Este proceso se puede abordar desde el punto de vista de la atención obstétrica exclusivamente, incluyendo los temas epidemiológicos, los avances tecnológicos y la reducción del riesgo junto a la velocidad de la recuperación de la madre y la mejor salud del niño. Pero sabemos que eso no es todo. En orden a concebir el proceso reproductivo en un sentido humano y amplio, están también los temas afectivos y la necesidad de envolver a la familia en el proceso de nacimiento, apoyando a la madre y convirtiendo al hijo en un factor de atención central en la vida de pareja. Pero están también los temas de política pública: ¿Cuánto se podrá humanizar un proceso tan complejo y a la vez tan hermoso, si existen mecanismos de financiamiento y organización que no permiten plenamente un mayor involucramiento familiar?; ¿cuánto más humana puede ser la atención, si los parámetros de efectividad se reducen a los más básicos indicadores de costos y beneficios financieros? naturalmente, hay aquí un desafío para crear una política realista, de acuerdo a nuestras efectivas disponibilidades, pero también más solidaria y humana en la atención de un proceso tan complejo como hermoso. Si sabemos que la inteligencia del niño depende en gran parte de los estímulos tempranos, y que su formación esta determinada grandemente por la atención y el cariño del grupo familiar, entonces es hora de poner muchos más recursos de la sociedad en el proceso de crianza, atención integral temprana, salud del niño, y estimulación, así requiriendo una política de desarrollo y apoyo a la familia. Cuánto contrasta esta aspiración con nuestra realidad de recursos escasos en educación, de graves problemas intrafamiliares, del maltrato, de la segregación

social y de todo tipo. Todo llama a enfrentar además el problema de los distintos países, de las distintas realidades que se esconden al interior de la sociedad chilena, para aprender que deben hacerse esfuerzos de distintas proporciones en cuanto a distintos segmentos de nuestra realidad.

Y es particularmente importante que este seminario se inicie en el "Día Internacional de la Familia", cuando sólo el día de ayer celebrábamos el día la madre, un encuentro con la afectividad en que todos queremos reconocer el rol fundamental de la mujer en la familia y en la sociedad. Por ello también, debe ser esta ocasión para comprometer un cambio en la visión machista prevaleciente en nuestra cultura, y que tanto atenta contra una mayor humanización a partir de las relaciones intrafamiliares: sólo el día de ayer se nos informaba que una encuesta revelaba en forma decisiva, que el hombre no se envuelve en los temas del hogar ni tampoco, en forma significativa, en la atención al niño. Hay aquí fallas en nuestra formación, y hay mucho que la educación puede hacer para superar esta verdadera traba. Pero resulta indudable que la mejor constitución de la familia supone compartir más, diversificar roles, permitir un desempeño a la mujer fuera del hogar, educar a los hijos en la idea de pareja y de unidad, ya que ello es la base para luego enseñar -como elementos no extraños a la vida diaria de nuestros niños— en valores como la solidaridad y el respeto, en la idea de compartir.

La humanización de nuestra sociedad, que esperamos empiece a germinar como un fruto importante de nuestro progreso material, es inseparable del rol de la familia como base de nuestra organización. Y es también inseparable del sentido de igualdad que debe prevalecer entre géneros, igualdad de derechos y deberes, y por lo mismo una piedra angular de fundamental importancia para una democracia de verdad, sostenida en la base social, introducida en nuestros valores desde niño, desde la familia y su propia organización. Pienso que este seminario, que se extiende también a una serie de temas antropológicos y sociales ha de contribuir en forma significativa a nuestro entendimiento de la organización familiar en el contexto del proceso de reproducción y en la dirección de una renovación en muchas anquilosadas creencias y formas organizativas.

Me alegro de este seminario, muy profundamente. Siento que está demostrando que existe una Universidad distinta y en cambio. Hace pocos días, un hermoso seminario sobre libertad, ética y belleza; hace algunos meses, otro en que la Universidad expuso su pensamiento sobre distintas materias de índole nacional; también nuestra Escuela de Verano, y nuestros seminarios sobre literatura, poesía, arte. Una Universidad que, así, cumple con su misión y asume el liderazgo en las ideas y en el mundo de la educación, y mucho más allá de las limitantes reglas que nos impone el énfasis en los aspectos financieros.

Yo agradezco mucho a los profesores que han organizado esta actividad, demostrando su compromiso con la Universidad del nuevo siglo que estamos construyendo. Agradezco a los coordinadores y docentes participantes, porque nos dan el ingrediente fundamental para llevar a cabo la obra creadora de pensar para Chile, en forma profunda, ilustrada, trascendental y agradezco a uds., todos los asistentes, porque nos dan el estímulo para trabajar más en la dirección que nos hemos propuesto.

Que sea este un seminario que indique el futuro de la Universidad y muestre al país lo que ella puede hacer en pro de nuestros mejores días. Que la hermosa ilustración que ha servido para la difusión del seminario, un recién nacido alzado por fuertes manos, represente también a una sociedad que mira su futuro, y que necesita revalorarse, revisar sus principios y acciones, corregir en los campos de mayor debilidad, y avanzar hacia un futuro de humanismo y mayor solidaridad.

Muchas gracias.

SOBRE LA MUJER Y LO FEMENINO

*Prof. Dr. Otto Dörr Zegers
Facultad de Medicina, Universidad de Chile*

Durante las últimas décadas el discurso sobre la mujer ha estado muy influido por la postura feminista, alejándose más y más de lo que podríamos llamar la esencia de lo femenino. No pretendemos afirmar que no haya habido razones históricas para el surgimiento del movimiento feminista o también llamado de la liberación femenina, pero pensamos que estas corrientes yerran al confundir una buena causa, cual es la igualdad de derechos que deben tener el hombre y la mujer, con una mala, como la pretendida identidad o cuasi identidad física y psicológica entre ambos. Es cierto que, como afirma **Sol Serrano** (1993), hasta hace muy poco tiempo el espacio público pertenecía al varón en forma casi exclusiva y la historia que valía la pena contar era la que hacían los hombres. También es cierto que la mujer ha sido objeto a lo largo de la historia de discriminaciones inaceptables, sobre las cuales ni siquiera es necesario insistir, de tan conocidas que son. Pero ambas situaciones han sido ampliamente superadas a lo largo de este siglo. Ya casi no quedan discriminaciones y los deberes y derechos de ambos son más o menos los mismos y, por otra parte, las mujeres no sólo han accedido al espacio público, sino que una de las grandes revoluciones de la historiografía moderna es el descubrimiento del espacio privado como objeto digno de investigación histórica y ese espacio ha estado dominado desde siempre por la figura de la mujer. A este respecto quisiera citar las hermosas palabras de **Sol Serrano**, pues difícilmente podrían decirse mejor: "Al tiempo corto de la política, al tiempo coyuntural de la economía, al tiempo casi inmóvil de la geografía y de los procesos materiales surge (ahora) la necesidad de incorporar un nuevo tiempo, el que se ha llamado de la civilización o que en un sentido más restringido se ha llamado historia de las mentalidades ... el universo de la subjetividad, de los miedos y de los temores, en fin, la historia del amor, de la afectividad, la forma de nacer y morir. Y es entonces que la historiografía se encuentra con las mujeres, ya no con las mujeres en su "petite histoire", sino las mujeres como actores muy privilegiados de un mundo que fue fundamentalmente de ellas: el mundo de la vida privada." (ob. cit., pág. 5).

Pero así como es discutible el rol histórico que ha correspondido o que debiera corresponder a la mujer, consideramos superflua la discusión sobre la presunta igualdad biológica y/o psicológica de la mujer con respecto al varón. Seguir insistiendo en que las diferencias fenotípicas entre ambos se deben a la educación y a los prejuicios que han dominado hasta ahora esta sociedad "machista" significa ni más ni menos que negar uno de los principios fundamentales en los cuales se

basa la naturaleza toda, desde la formación de las partículas elementales con sus correspondientes antipartículas (J. Guitten et al., 1991): el principio dialéctico. Pero este no es un invento de la física cuántica. Ya **Heráclito** (9) sostenía que la polaridad dialéctica es el principio que estructura y dirige todo lo que existe. Algunos de sus fragmentos más conocidos nos ayudan a iluminar el pensamiento dialéctico de la antigüedad griega:

*"Lo que se opone se une; de las cosas diferentes
nace la más bella armonía" (Nº 8).*

*"Lo que está en nosotros es siempre uno y lo mismo:
vida y muerte, vigilia y sueño, juventud y vejez;
ya que por el cambio esto es aquello y,
de nuevo por el cambio, aquello es esto" (Nº 88).*

*"Lo frío se calienta, lo caliente se enfría,
lo húmedo se seca, lo seco se humedece" (Nº 126).*

En **Hegel** (5) el concepto de dialéctica alcanza su mayor universalidad. En él es mucho más que un método que busca purificar el pensamiento de contradicciones - como en los eleatas - y también más que un camino para ascender de lo particular a lo general, como en Platón. Para **Hegel** la dialéctica es en cierto modo idéntica al rasgo más universal de toda la realidad, cual es su "inquietud" o **energeia**, en el sentido de Aristóteles. Esta está presente en la vida diaria en forma de movimiento, pero es también el motor de la historia y de todo lo que existe en el tiempo.

Ahora bien, el hombre y la mujer serían la expresión concreta de una de las polaridades más propias de la vida, la polaridad de los sexos, y que en el mundo humano se podría expresar mejor como la polaridad de **lo** masculino y de **lo** femenino. Como toda polaridad, sus elementos tienen características contrarias, pero se atraen y se necesitan. Así como la luz no podría existir sin la oscuridad y lo bueno sin lo malo, así también el principio femenino no podría existir sin su contraparte, el masculino, y viceversa. Como una contribución al develamiento de uno de los polos de esta polaridad, el femenino, intentaremos realizar un análisis fenomenológico de la mujer, describiendo categorías que ya son clásicas dentro de esta orientación, como es el caso de la corporalidad, la espacialidad, la temporalidad y la interpersonalidad. Conocemos sólo un intento en esta línea, el del psicólogo y fenomenólogo holandés **F.J.J. Buytendijk**, quien en su libro *La Mujer* (1966), y luego de una larga introducción dedicada a la "cuestión femenina", hace una acabada descripción de la naturaleza y la forma de existencia de ella. Aunque no se refiere expresamente a los puntos específicos que vamos a tratar, su intento es mucho más

exhaustivo y profundo que el nuestro y no hemos podido ni querido, por cierto, sustraernos a su influencia. Es por eso que estimamos que las notas siguientes bien podrían ser consideradas sólo como unas "Variaciones en torno a un tema de Buytendijk".

LA CORPORALIDAD FEMENINA

Hablamos expresamente de corporalidad y no de cuerpo, pues en castellano este último se usa por lo general en un sentido privativo, vale decir, de soma o cuerpo anatómico-fisiológico y la relación que tenemos con él pertenece más bien a la categoría del tener que del ser. Tengo unas piernas, pero soy yo, el todo de mi corporalidad, incluida la conciencia, el que camina, y no las piernas. Yo soy mi mirada y tengo unos ojos, etc. Es al cuerpo vivido, al cuerpo que soy y que aparece frente al otro manifestándose de alguna manera, al "In Erscheinung stehender Leib" de **Zutt** (1963), al que nos referiremos hoy, y no al soma del cirujano sobre la mesa de operaciones. En ese sentido, no nos interesarán las evidentes diferencias entre hombre y mujer a nivel de los órganos sexuales, por ejemplo, aún cuando ellos representen el fundamento biológico de la diferenciación de los sexos. Nos detendremos en uno que otro rasgo anatómico, pero sólo en la medida en que esté cargado de significatividad.

La apariencia corporal de la mujer se diferencia claramente de la del hombre. Sus formas son en general más redondas, pero hay muchos otros detalles que la caracterizan, como el hecho de tener una musculatura menos acentuada, una pelvis más ancha, la piel más fina y lisa, pero menos vellosa, los brazos más pequeños, redondos y blandos, las manos también pequeñas y finas, etc. Todo esto hace que raramente nos equivoquemos al reconocer con sólo una mirada si alguien que aparece en nuestro horizonte es un hombre o una mujer. Si analizamos este cuerpo femenino con más detalle, vamos a encontrar más diferencias aún: la mujer tiene senos y no pecho o tórax, tiene una cabellera abundante y su abdomen no es una simple pared que contiene los intestinos, sino un regazo, con todo lo que ello significa por su capacidad de acoger, de dar calor, protección, etc. Por su parte, el rostro de la mujer es claramente menos anguloso que el del hombre; sus formas y contornos son más suaves y menos marcados.

Lo redondo, lo suave, lo flexible, lo dócil, lo fluyente, todo aquello que de algún modo se percibe directamente en las formas corporales femeninas, nos remite a dos categorías significativas muy propias de la femineidad y que **Buytendijk** (ob. cit., pág. 210) ha caracterizado como **plenitud y gratuidad**. Lo redondo, flexible y fluyente está claramente más ligado a lo pleno que lo anguloso, frontal y agresivo, tan propio del varón. Hay algo curiosamente lleno y reposado en la manera de sentarse una

mujer o de habitar un lugar. Este fenómeno llega a su extremo en el caso de la mujer embarazada, cuyo cuerpo está literalmente **lleno**, pero además llena el espacio en torno como nada y como nadie. Qué espacio más pleno que el dormitorio de la mujer embarazada que tejiendo las últimas piezas de ropa del niño por nacer, espera paciente el momento del alumbramiento. Es curioso, pero su extrema redondez ha perdido toda connotación erótica, la misma que tenían sus senos, su regazo y sus caderas antes del embarazo, para transformarse en pura plenitud. Pero junto con este llenar el espacio, con esa plenitud del espacio corporal interno y externo, el cuerpo femenino, con sus formas peculiares, es una ofrenda. Quizás si la gratuidad de la plenitud corporal femenina sea lo que le otorgue a esta corporalidad su carácter de donación. Y este carácter atraviesa todas las formas de la femineidad, desde la confiada entrega cariñosa de la niña pequeña ante el adulto que le da confianza, hasta la entrega y dedicación de la madre que cuida con diligencia sin par al hijo enfermo, pasando por todas las formas de la entrega erótica, del abrazo, el beso o el acto de amor.

Por último, quisiéramos decir algunas palabras sobre la mirada femenina. Hay muchas maneras de mirar. El griego clásico distinguía más de diez formas diferentes y para cada una empleaba un vocablo distinto (ver **Tellenbach**, 1979). A modo de ejemplo valga el verbo **teorein**, que era el mirar escudriñante pero distante del científico y del cual va a derivar más tarde la palabra teoría. Desde antiguo se ha descrito la mirada propiamente masculina como "mirada de águila" y que tiene la connotación de la distancia, del escudriñar oteando el peligro, del calibrar al otro, pero también del abarcar y penetrar lo que nos hace frente. Esta mirada está sin duda muy próxima al verbo **teorein**, pero muy distante de la mirada femenina, que de algún modo es lo contrario: ella no penetra en los objetos, sino que los envuelve, reposando en ellos. Tiene en común con la mirada de los niños la apertura de los ojos que denota ingenuidad e inocencia, pero a diferencia de ellos, que pasan de un objeto a otro sin descansar en ninguno, la mirada de la mujer, como decíamos, reposa **en** y envuelve **al** objeto que contempla. Ahora bien, este reposar en las cosas no significa necesariamente interesarse en ellas. La mirada femenina puede muy bien reposar un instante y luego resbalar, no detenerse, no interesarse. En todo caso, la mirada morosa de la mujer es siempre empática, irradia afectividad, ya sea positiva o negativa, y, en ese sentido, es un coexistir con la cosa sin un propósito determinado, y por eso profundamente no masculina, si pensamos que la mirada de águila está siempre persiguiendo un fin.

LA ESPACIALIDAD FEMENINA

Es difícil separar espacialidad de corporalidad, por cuanto es el cuerpo el que me otorga un lugar en el espacio, me permite orientarme en él, reconociendo un adelante

y un atrás, un arriba y abajo, una derecha y una izquierda. Teniendo en cuenta esta necesaria orientación, procuraremos describir ese espacio que corresponde al cuerpo femenino. Partiremos de un hecho empírico, que por cierto tampoco escapó a la atenta observación de **Buytendijk** (ob. cit., pág. 216 y ss.) y que se encuentra justo en la región limítrofe donde el cuerpo se espacializa y el espacio se corporaliza. Nos referimos a la simetría. Es un hecho que el rostro de la mujer es mucho más simétrico que el del hombre. Esa simetría característica de todo el reino animal y que se pierde ampliamente en el ser humano varón, se conserva en una buena medida en la mujer.

Pero antes de continuar nuestro análisis debemos dejar establecidos algunos hechos. La naturaleza muestra muy tempranamente en la filogénesis la tendencia a la simetría: dos ojos, dos hemisferios cerebrales, dos orejas, dos conductos nasales, dos pulmones, dos brazos, dos manos, dos piernas, etc. En los animales esta simetría es muy marcada, hasta el punto que, cuando se quiere humanizar el rostro de un animal (perro, gato, león, oso o cualquiera) se le dibuja haciendo algún guiño de ojo o algún gesto mímico con la cara, vale decir, mostrando una asimetría. Por otra parte y relacionado con esta misma simetría extrema de los animales superiores, desconocen ellos la izquierda y la derecha. Su mundo tiene sólo un adelante y un atrás, un arriba y un abajo, y de hecho sus movimientos son siempre frontales o verticales, sin otorgar existencia a la dimensión del "lado". En el ser humano, en cambio, esta categoría es fundamental. El cuan calladamente incorporada se encuentra ella a nuestra cotidianeidad se puede apreciar en la sorpresa que nos producen los zurdos, sobre todo su dificultad para adaptarse al mundo de los diestros, que es el dominante y que determina la forma de la escritura o la posición de las manillas de las puertas, de los botones de la ropa, el manubrio del automóvil, etc. Los zurdos son en general más inteligentes y perspicaces quizás por el hecho de que se han visto obligados desde niños a manejar ambas perspectivas: la propia, que es la izquierda, más la derecha, pues, como decíamos, el mundo está hecho para los diestros. La mujer también maneja el lado izquierdo y el lado derecho, pero con mucho menor facilidad, porque de alguna manera lo necesita menos. Su mirada abarcadora y su cuerpo redondo hacen que el espacio en torno a ellas tienda a ser más circular, menos frontalizado y menos lateralizado. Exactamente lo contrario es lo que sucede con el rostro y con el cuerpo del varón. Las asimetrías de la cara son mucho más evidentes, pero también lo son las del cuerpo: los diestros tienen un desarrollo mucho mayor de los miembros del lado derecho, hasta el punto que son muy frecuentes los hombros caídos y las lesiones de columna. Lo inverso ocurre con los zurdos. Y con los años el rostro del varón se va haciendo más anguloso y mostrando más las huellas de los golpes que le ha dado la vida en ese espacio que el mismo cuerpo empuja hacia la frontalidad, vale decir, hacia el enfrentamiento.

Mayor simetría, circularidad y plenitud son características del espacio femenino, las que se van a traducir en un habitar reposado, en una permanencia junto al fuego del hogar, en torno al cual van a crecer los hijos, en una capacidad de espera desconocida por el varón y en último término, en esa gratuidad, en esa generosa entrega que veíamos antes como propia de la corporalidad de la mujer. El espacio femenino otorga calor, abrigo, cariño, **Gemüt**, como dice el idioma alemán para significar temple emocional, y del cual deriva el adjetivo **gemütlich**, que es casi intraducible y que se aplica a los espacios cálidos, receptivos, confortables, allí donde da gusto llegar y desde donde cuesta tanto retirarse. El hombre entra y sale de la casa. Llega a comer y a descansar y sale a trabajar para ganar el sustento. La mujer, en cambio, permanece, plena en su corporalidad y llenando el espacio a su alrededor. Y esto ha sido siempre así. También en la prehistoria, en la época de las cavernas, la mujer se quedaba cuidando el precioso fuego y ocupada en los quehaceres del hogar, mientras el varón salía a cazar o a pescar.

Esto no significa en absoluto que, antropológicamente, a la mujer no le corresponda el trabajo fuera de la casa. Por razones que no es del caso desarrollar aquí, los roles han ido cambiando y ahora ella trabaja a la par con el hombre y lo hace muy bien. Sin embargo, nadie podría discutir su preferencia por trabajos que tienen que ver con el cuidado, con la preocupación por los otros - característica que describiremos más adelante a propósito de la interpersonalidad - como es el caso de enfermería, servicio social, psicología, pedagogía, periodismo y en el último tiempo, medicina. Y cuando está en el trabajo está también de algún modo en la casa a través del contacto telefónico y da órdenes y soluciona problemas y le ayuda en las tareas a sus hijos y previene accidentes, etc. Y en el trabajo mismo crea un espacio a su alrededor muy distinto al agresivo espacio masculino, que tiene más de hogar que de banco o de fábrica y que no es indiferente al hecho frecuente de la confusión de espacios, roles y lealtades, que ocurre en varones que empiezan a sentir que el hogar está más junto a la colega o a la secretaria que al lado de la esposa. Lo que queremos señalar, en el fondo, es que una mujer bien mujer no pierde su condición de tal por trabajar en lo que sea, pues donde ella vaya pondrá su particular sello de percibir el mundo y de operar en él y una de las formas más radicales de su modo de estar en el mundo es el habitar el espacio en torno, haciéndolo circular, cálido, pleno y regalado.

LA TEMPORALIDAD FEMENINA

Pasaremos por alto las consideraciones filosóficas sobre el problema del tiempo y la temporalidad en el sentido de lo planteado por el gran pensador alemán **Martin Heidegger** (1927), para entrar directamente a la descripción de algunos rasgos del tiempo femenino. Así como la espacialidad está muy vinculada al cuerpo y ambas

se constituyen como dos dimensiones casi inseparables, así también la temporalidad está muy próxima a la dimensión espacial, y las características que describamos de una son fáciles de confundir con las de la otra. Debemos advertir también que el mundo moderno ha ido acercando la temporalidad de la mujer a la del hombre, habiendo dejado de ser la una completamente polar con respecto a la otra. Sin embargo, siempre restan características que son propias de la mujer o que, al menos, muestran el modo femenino de vivir algo que se está imponiendo a ambos sexos por igual, a saber, la urgencia o aceleramiento de la vida urbana moderna.

El primer rasgo que encontramos ya en la niña pequeña y que tan fuertemente contrasta con el modo de vivir el tiempo el varón de la misma edad, es la demora o **morosidad**. La niña, y más tarde la mujer, es capaz de quedarse por un tiempo en un lugar, en una actividad lúdica por ejemplo, vale decir, en algo que no tiene urgencia, que no implica un movimiento incesante hacia alguna parte. Pensemos en la diferencia radical que existe entre jugar a las muñecas y jugar a los bandidos. El primero implica permanecer horas en un mismo lugar, abstraído en mil detalles de la vida minúscula de estos seres imaginarios; el juego de los niños varones, en cambio, es acción, premura, violencia. Vida y muerte se alternan con la velocidad del rayo: el caído se levanta, el que viene al ataque se desploma y todo esto lleva aparejado un cambio permanente de sitio. Si lo trasladamos a la muchacha adolescente, otra vez el contraste con el varón. Mientras éste, en esta edad, está fuertemente solicitado por los deportes, que por definición están ligados a estrictas mediciones temporales, como es el caso del fútbol o del básquetbol, o significan una lucha contra el tiempo, como en el atletismo, la muchacha pasa horas arreglándose la cara o el peinado frente al espejo o escribiendo diarios de vida o comprometida en largas conversaciones con amigas y compañeras. Trasladado esto a la edad adulta, la polaridad se mantiene en las preferencias por distintos tipos de trabajo, los varones por aquellos donde predomina la acción creadora y muchas veces depredadora, pero que, al igual que el deporte, o está enmarcada en estrictas dimensiones temporales, como la vida industrial y empresarial, o está caracterizada por lo que se ha dado en llamar una "lucha contra el tiempo", como ocurre en la actividad competitiva de tipo comercial u otra. Las mujeres, en cambio, tienden a buscar trabajos menos apremiantes y competitivos y sobre todo, menos circunscritos en el tiempo, como veremos luego.

Pero donde es más evidente esa particular relación de la mujer con el tiempo, relación que es casi desconocida para el varón, es en la vida del hogar, donde la vemos permanecer simplemente **siendo**, constituyéndose en el centro natural a donde todo llega (marido, hijos, antes también la servidumbre) y desde donde todo sale, sin urgencia, sin apremio y, como decíamos antes, llenando el espacio. Qué vacío tan grande experimentábamos de niños cuando al regresar del colegio en la tarde nuestra

madre, por alguna razón, no estaba en casa. Lo mismo vale para muchos maridos, algunos de los cuales, con fuertes resabios del antiguo "machismo", le "exigen" a su mujer estar en casa cuando ellos llegan. Muchos han interpretado esta frecuente actitud como producto de los celos. El mismo dueño de casa, quien sin saber mucho el por qué hace esa exigencia absurda, también piensa, cuando alguien lo obliga a ello, que probablemente se trate de "celos inconscientes". Pero todos se equivocan al valorar así esa actitud del varón con respecto a la mujer. Las raíces son mucho más profundas y tienen que ver con este radical antropológico de la **espera** (nadie sabe esperar como la mujer, con la misma naturalidad que las plantas mustias y secas esperan que termine el invierno y llegue la primavera), y el hecho que la mujer llena ese espacio circular del hogar y hace que el tiempo en cierto modo se detenga, que adquiera una suerte de consistencia, que es la que en último término le da el sabor a la vida.

Ahora bien, de la urgencia del trabajo, de las mil llamadas telefónicas, entrevistas, viajes, reuniones, tomas de decisiones, etc., que conforman la vida cotidiana del varón empresario o funcionario moderno, muy poco es lo que queda en la memoria. Sí, en cambio, la vuelta al hogar en las tardes o en las noches cuando se es esperado, las largas tardes de los sábados o de los domingos, etc., vale decir, todo aquello que está dominado por la temporalidad femenina. Las emociones fuertes y rápidas no dejan recuerdo. Al parecer uno las vive con una conciencia crepuscularizada. En cambio, lo que nos sucede en ese otro tiempo, en el tiempo que mora y demora, allí donde no hay urgencia, en el calor del hogar, en torno a la mesa y, por sobre todo, junto a la mujer que amamos o a la madre o a la abuela o, ya más viejos, junto a la hija que nos cuida, eso sí que se recuerda y pasa a constituir un elemento central de nuestra urdimbre afectiva. Un ejemplo banal de lo antedicho es el estudio de las nostalgias de las personas que por cualquier razón se han visto obligadas a vivir por largo tiempo en el extranjero. Lo que recuerdan con más agudeza son los almuerzos familiares del día domingo o las largas tardes pasadas con la familia en el campo o en la playa. Nunca he conocido a alguien que haya tenido la nostalgia de la oficina o del teléfono y sí a muchos, que en el caso de Chile, se emocionaban ante el recuerdo tan poco romántico de una empanada o de un vaso de vino tinto. ¿Y por qué? Seguro que no por la empanada o el vino en sí mismos, sino porque estos objetos remiten a una atmósfera determinada que desde la más tierna infancia fue contribuyendo a constituir nuestro ser, capa por capa, emoción por emoción, atmósfera que es el producto de un espacio hogareño (redondo, cálido, acogedor, en suma, espacio femenino) y de un tiempo moroso, tranquilo, circular, que permanece y no se precipita hacia ninguna parte, cual es el tiempo de la maduración, el tiempo femenino.

INTERPERSONALIDAD DE LA MUJER

No pretendemos analizar en profundidad todos los aspectos que dicen relación con la forma femenina del encuentro interpersonal. Por ser el elemento más conocido y estudiado es que dejaremos de partida de lado toda la problemática del amor en su vertiente femenina. Del modo de encontrarse el ser femenino con el otro destacaremos sí un aspecto menor, pero sumamente indicativo de esta polaridad femenino-masculina y que también ha sido señalado por **Buytendijk** (ob. cit., pág. 293). Nos referimos al momento de dar la mano. El hombre tiene por lo general una mano grande y fuerte, mientras la mujer la tiene más pequeña y débil. Pero eso no es lo más importante, aunque sí sea constituyente del acto de dar la mano. Lo que nos parece más esencial es que la mujer es la que propiamente **da** la mano al otro, en el sentido de una entrega, casi de un regalo confiado, mientras que el hombre la coge; él, en cierto modo agarra la mano de ella. Es un acto, entonces, asimétrico, pero lleno de complejidades, porque ocurre que la mujer sabe que el hombre sabe que su mano es más débil y que él tiene que controlar su fuerza y a su vez el varón sabe que ella sabe que él se está controlando; pero, con todo, también en este acto tan automático que realizamos todos los días se nos aparece esta polaridad: **la mujer da la mano, mientras el hombre la toma.**

Podríamos hacer toda una fenomenología del encuentro erótico, partiendo de esta diferencia fundamental en el darse la mano, pero preferimos renunciar a ello en aras de subrayar otro aspecto que nos parece lo más característico quizás del ser femenino en su totalidad. Nos referimos al **cuidado**. **Buytendijk** sostiene que esta es la actividad femenina fundamental y que en cierto modo se opone al trabajo tal como hoy día lo entendemos (ob. cit., pág. 290 y ss.). El trabajo es una actividad del espíritu humano que consiste, en lo esencial, en ordenar una serie de actos hacia un fin, siendo aquello de que me ocupo no siempre interesante: la máquina que yo manejo o la hoja en que escribo una lista de inventario no es importante en sí, sino que a través de esa máquina y esa contabilidad voy a obtener un producto que se va a vender y que en último término me va a deparar una determinada ganancia o **utilidad**. El trabajo implica, además, una acción resuelta, un querer llegar a una meta, a un éxito, y todo esto va a hacer necesario el superar una serie de resistencias. El compromiso emocional con el trabajo no es necesariamente intenso; más aún, mucha gente se ve obligada a realizar trabajos que no le interesan en absoluto. Otra característica del trabajo es su carácter frontal. Se trabaja "hacia delante" y con determinadas pausas y estas pausas son puntos de descanso o puntos finales. El trabajo representa entonces una actividad esencialmente masculina y así es como determinados trabajos masculinizan a las mujeres que los realizan. Por otro lado, es conocido el proceso de feminización que sufren aquellos hombres que no trabajan en absoluto o que tienen actividades que no corresponden al trabajo tipo descrito, como ocurre, por ejemplo, con muchos artistas.

Frente a este fenómeno del trabajo se erige el mundo del cuidado como la polaridad propiamente femenina. En primer lugar, el cuidado no tiene una finalidad distinta de aquello de lo cual uno se ocupa: cuidar un enfermo o acompañar a alguien reducido a la soledad o enseñar y educar a un hijo no tiene más finalidad que el bienestar, la salud o la educación de aquel de quien en ese momento me ocupo. Esto ya le da al cuidado una categoría moral muy superior al trabajo. Además, el cuidado sólo se puede realizar en el marco del encuentro interpersonal. No cabe cuidar una máquina en este mismo sentido. Coincidiendo con todo lo elaborado con anterioridad y, a diferencia del trabajo objetivo, que es finalista, lineal, frontal e interrumpido, el cuidado no avanza, no está dirigido a punto final distinto del otro ser que tengo ahí adelante y prácticamente no tiene pausas. ¡Pensemos en cómo cuida una madre a un hijo enfermo! Por último, habría que decir que las actividades relacionadas con el cuidado o no dan dinero o dan muy poco. Ha sido una tradición en Occidente, y particularmente en nuestro país, el que las profesiones relacionadas con el cuidado, como enfermería, medicina, asistencia social, etc., sean mucho peor pagadas que aquellas dirigidas a la producción.

El hecho que Buytendijk haya caracterizado como "cuidado" el modo fundamental de la interpersonalidad femenina, nos parece de la mayor trascendencia, sobre todo si recordamos que en la analítica existencial de **Heidegger** (1927) aparece justamente "die Sorge", vale decir, la cura o cuidado, como el movimiento y/o motor fundamental del "Dasein" (ser-ahí, existente humano), en el cual se articulan las instancias temporales del pasado, del presente y del futuro. Cualquier querer y desear, cualquier impulso o inclinación, tienen sus raíces en la cura o cuidado, afirma **Heidegger**. Pero el filósofo alemán va más allá aún en la trascendencia que otorga a esta dimensión de lo humano, cuando escribe (Parágrafo 22, pág. 199): "La (posible) perfección del hombre, el llegar a ser lo que puede ser en su ser libre para sus más propias posibilidades, es obra de la cura o cuidado". Pienso que es difícil encontrar un reconocimiento mayor a la dignidad de la mujer que este tácito de **Heidegger** al identificar el impulso fundamental del ser humano con el cuidado, que es a su vez la forma propia de relacionarse la mujer con el mundo y con los otros.

En suma, vista la polaridad que representa la mujer en casi todos los aspectos con respecto al varón, la pretensión de igualarlos nos parece tan atentatorio contra el orden natural como querer borrar las diferencias entre la obscuridad y la luz o hacer desaparecer cualquiera de las otras polaridades entre las cuales se despliega el movimiento de la realidad toda. Por cierto que la mujer podría llegar a ser igual al hombre en su capacidad mental y casi igual en su capacidad física. Es sólo un asunto de entrenamiento. Un impresionante y desagradable ejemplo de ello lo constituyen esas mujeres que desarrollan fuertes musculaturas por medio del levantamiento de pesas o de la práctica del físico-culturismo. Pero con la pérdida

de lo femenino desaparecería toda una dimensión de la realidad (con el espacio redondo y acogedor, el tiempo circular y permanente y el encuentro cuidadoso, entre otras características) que sólo la mujer puede crear y el mundo entero se vería entonces empobrecido hasta el punto de hacerse inhabitable.

Por último, cabría recordar que para el varón la mujer no representa sólo el complemento psíquico y sexual, sino también la fuerza que lo empuja hacia lo mejor de sí mismo, como tan bellamente lo expresara **Goethe** (3) en los versos finales del Fausto, a los cuales Mahler pusiera música en la más sublime de sus sinfonías, la N° 8:

*"Alles Vergängliche ist nur ein Gleichnis.
Das Unzulängliche hier wird's Ereignis.
Das Unbeschreibliche hier ist es getan.
Das ewig Weibliche zieht uns hinan."*

*"Lo transitorio es sólo una metáfora.
Lo imperfecto aquí se ha hecho realidad.
Lo indescriptible ya se ha consumado.
El eterno femenino nos atrae hacia lo alto."*

Referencias Bibliográficas:

1. Buytendijk, F.J.J.: *La mujer*. **Madrid:** Revista de Occidente, 2ª Ed. (1966).
2. Dörr-Zegers, O.: "Hacia una concepción dialéctica en psiquiatría". *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 18, 4: 244-257 (1990).
3. Goethe, W. Von: "Faust". In: *Goethe Werke, Band III*, S. 342. **Frankfurt am Main:** Insel Verlag (1965).
4. Guitton, E.J.; Bogdanov, I.; Bogdanov, G.: *Dieu et la science*. **París:** Grasset (1991).
5. Hegel, G.W.F.: *Phänomenologie des Geistes*. **Hamburg:** Felix Meiner Verlag (1952).
6. Heidegger, M.: *Sein und Zeit*. **Tübingen:** Niemayer Verlag (1927).
7. Serrano, S.: *Conferencia dada en Santiago de Chile* (1993).
8. Tellenbach, H.: "Gebildete Sinne - Bedingung glückenden Daseins". In *Perspektiven der Philosophie. Neues Jahrbuch*, Bd. 5. Hrsg. R. Berlinger u.a. 293-312 (1979).
9. Verneaux, R.: *Textos de los grandes filósofos: Edad Antigua*. **Barcelona:** Herder (1977).
10. Zutt, J.: *Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie*. **Berlin-Göttingen-Heidelberg:** Springer Verlag (1963).

DIFERENCIAS DE GENERO EN EL CEREBRO HUMANO. EFECTOS PSICONEUROENDOCRINOS DE LAS HORMONAS SEXUALES.

*Dr. Oscar González Campos
Dpto. de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico, Universidad de Chile*

I. LOS DETERMINANTES PSICONEUROENDOCRINOS.

Estudios neurobiológicos recientes establecen con certeza, que el cerebro del hombre produce estrógenos localmente; y que estos se originan a partir de la testosterona, mediante la acción enzimática de la aromatasa. Como los andrógenos tienen en sí una potente acción específica y son una fuente primordial de estrógenos cerebrales, en el hombre influyen en forma importante los dos tipos de hormonas: andrógenos y estrógenos. En contraste, el cerebro de la mujer está controlado metabólicamente por los estrógenos.

Existen antecedentes sobre este dimorfismo sexual del cerebro desde hace varios años. Esto significa que un cerebro impregnado por estrógenos, tiene un modo diferente de interpretar el mundo que un cerebro que se ha desarrollado bajo la influencia de andrógenos y estrógenos. Por lo tanto, el desarrollo cognitivo y emocional del hombre y la mujer son diferentes. Este es un hecho biológico y cultural que sólo recientemente ha sido realmente considerado por la comunidad científica internacional.

Así, hay diferencias de género biológicas en el envejecimiento cerebral que son más acentuadas en las áreas del encéfalo afectadas por la enfermedad de Alzheimer, como ocurre, por ejemplo, en el Neocortex.

La acción de los estrógenos en el cerebro de la mujer incluye un efecto directo de membrana, efectos de regulación de la sinaptogénesis y de la conectividad de la arquitectura neuronal, y modulación de las enzimas cerebrales específicas.

La terapia hormonal de reemplazo en mujeres postmenopáusicas disminuye la prevalencia de síntomas depresivos, enfermedad de Alzheimer y disminución de la memoria. Las bases biológicas de estos efectos continúan en su mayor parte siendo un enigma, pero podría intervenir regulando el envejecimiento de los sistemas neurobiológicos del cerebro, relacionados con las más altas funciones cognitivas y anímicas.

Se han podido dilucidar algunos de los efectos protectores y neurotróficos de los estrógenos en el cerebro afectado por la enfermedad de Alzheimer; y estos implican el crecimiento de neuritas, promoción de la sinaptogénesis, aumento de la cantidad

de colina acetil transferasa en neuronas colinérgicas, incremento de la expresión de neurotrofinas, activación del mecanismo de procesamiento no amiloidogénico de la proteína precursora del amiloide, y protección del daño y muerte celular inducidos por estrés oxidativo (1).

La incidencia de demencia es tres veces mayor en la mujer

Después de controlar variables demográficas, psicosociales y médicas se ha visto que la mujer está tres veces más propensa que el hombre a desarrollar demencia.

Se ha observado que las lesiones por oxidación en el DNA se acumulan con la edad, siendo 100,000 por día en el adulto joven y 2 millones en el animal adulto. Las células cerebrales son particularmente vulnerables al daño causado por los radicales libres, dado el alto consumo de oxígeno del cerebro y porque las membranas celulares del sistema nervioso central tienen niveles elevados de ácidos grasos poliinsaturados, que son susceptibles a la peroxidación (2).

En la demencia tipo Alzheimer, el daño cerebral, más específicamente, la pérdida neuronal preponderante, ocurre en la base del cerebro y en una región del hipocampo (3). Estudios en ratas han demostrado que la ooforectomía disminuye la concentración de dendritas de las neuronas piramidales en esa misma región del hipocampo, fenómeno que puede ser prevenido mediante estrogenoterapia.

Igualmente, con la terapia estrogénica los niveles de colina acetil transferasa se incrementan en la base del cerebro y en el hipocampo. Se ha establecido además que el 17- β estradiol desarrolla efectos protectores sobre las neuronas colinérgicas, induciendo a su vez la expresión de neurotrofinas (4).

La prevención del deterioro cognitivo y de la demencia tipo Alzheimer por acción de los estrógenos, estaría determinada por un efecto de la terapia estrogénica sobre el sistema colinérgico- sistema esencial en la función cognitiva- que se encuentra disminuido en las pacientes con enfermedad de Alzheimer. El aumento del marcador colinérgico, colina acetil transferasa en el cerebro basal anterior, que se produce después de la administración de estrógenos, es uno de los efectos más notables de esta hormona . En este contexto, la terapia de reemplazo con estrógenos podría ayudar a prevenir el aumento de las demencias observadas en la etapa de postmenopausia (1).

Diferenciación de la función cerebral por los ovarios

Los ovarios diferencian y mantienen la función cerebral, no sólo desde el punto de vista de la acción gonadal y del comportamiento sexual, sino además en

características propias de protección neuronal, crecimiento de axones y desarrollo de sistemas metabólicos anti estrés oxidativo. El estrés oxidativo provoca un daño mediado por radicales libres, y relacionado con patologías neurodegenerativas como la aterosclerosis, la enfermedad de Parkinson y la esclerosis lateral amiotrófica.

Los esteroides sexuales, a través de receptores, han demostrado su relación y sus importantes efectos sobre el ánimo, la conducta alimentaria, el sueño, la actividad motora y, primordialmente, sobre las funciones cognitivas y sensoriales. Su disminución, como ocurre en la insuficiencia estrogénica por procesos funcionales o por ooforectomía durante la vida fértil, o en la falla ovárica climaterica, determina una probabilidad mayor de patologías como la enfermedad de Parkinson o la demencia tipo Alzheimer. Los efectos del hipoestrogenismo sobre el sistema nervioso central, se evidencian clínicamente en la depresión al inicio de la pubertad, la depresión postparto, el síndrome premenstrual y la sintomatología psiconeuroendocrina durante el climaterio (5-7).

La activación hormonal sobre el sistema nervioso central

Se produce a través del mecanismo de acción clásico de los esteroides sexuales, mediado por receptores específicos intranucleares, también conocido como mecanismo genómico. Las hormonas ingresan a la célula blanco por medio de la membrana citoplasmática, donde se realiza la unión de éstas a los receptores específicos ubicados en el citoplasma. Este complejo hormona-receptor se dirige hacia el núcleo e induce modificaciones en la transcripción genética. Este mecanismo, que fue originalmente descrito en los tejidos periféricos, es similar en las células del sistema nervioso central. Se ha postulado que el cerebro de la mujer es distinto al del hombre, con receptores de estrógenos en el sistema nervioso central, que tienen una especificidad semejante a la descrita en el útero (3).

El sistema nervioso central es un efector de las hormonas esteroideas que posee receptores altamente específicos para estrógenos, progesterona y andrógenos. Se ha logrado identificar dos tipos de receptores para estrógenos: los alfa receptores y los beta receptores (8); y se ha podido determinar a través de marcadores isotópicos y técnicas histoquímicas las áreas del cerebro que poseen mayor concentración de receptores hormonales. Las áreas en que se ha demostrado una mayor densidad de receptores estrogénicos son: corteza, sistema límbico, hipocampus, cerebelo, locus ceruleus, hipotálamo, amígdala y área preóptica (9).

La progesterona y los andrógenos tienen receptores con una distribución similar a la de los estrógenos. Su estudio presenta dificultades difíciles de sortear, como son la rápida metabolización de la progesterona y sus derivados en el sistema nervioso

central; y en relación a los andrógenos, la presencia de aromatasas cerebrales que metabolizan con gran rapidez andrógenos a estrógenos (10). Nuevos estudios fundamentan que los receptores de estrógenos y progesterona no sólo existen en las neuronas, sino también en las células de la glía (11-12).

Modulación hormonal de la excitabilidad neuronal

En estudios experimentales, se observó una respuesta rápida a las hormonas esteroidales que no era posible por el mecanismo clásico de receptores intranucleares o mecanismo genómico, ya que desde la activación del sistema hasta lograr la síntesis proteica se necesita un lapso mínimo. Es por ello que al mecanismo genómico también se lo denomina "mecanismo lento". Se describió otro sistema, el "no genómico" o de activación de receptores de membrana y rápido porque al ser activado necesita poco tiempo para lograr la respuesta. Los esteroides y sus metabolitos pueden actuar sobre receptores de membrana para neurotransmisores y de esta manera modular la excitabilidad neuronal con acciones rápidas. Se ha identificado recientemente receptores de membrana para corticoides y para progestágenos. Uno de los ejemplos de receptores de membrana, es el receptor del sistema del ácido gamma amino butírico (GABA). Este es un receptor de membrana que posee un canal clorado y está compuesto por cinco subunidades, en que cada una de ellas es un sitio de unión específico para el GABA: anestésicos, barbitúricos, benzodiazepinas y metabolitos derivados de la progesterona, entre ellos la alopregnenolona (3 alfa 5 alfa TPH). La interacción de estas sustancias con el receptor, regula la apertura del canal clorado, prolongando la apertura o el cierre del canal y de esta forma ejerce sus acciones moduladoras (10).

Los neurotransmisores

Los neurotransmisores son esenciales en múltiples funciones del sistema nervioso central y participan en la regulación de las funciones neuroendocrinas. El mecanismo de cómo los esteroides sexuales interactúan a través de sistemas de neurotransmisión sobre el todo el sistema nervioso central, se conoce cada vez mejor. Los neurotransmisores originados en las neuronas y liberados a través de sus axones, pasan al espacio intersináptico para luego unirse a receptores específicos en la membrana postsináptica para establecer la neurotransmisión. Los neurotransmisores se clasifican biológicamente en tres grupos según su origen: las monoaminas, que incluye a la Nor-adrenalina, adrenalina, dopamina, acetilcolina, serotonina e histamina; los aminoácidos, que se dividen en excitatorios: glutamato y aspartato, e inhibitorios: ácido gamma amino butírico (GABA), glicina, β alanina y taurina; y los péptidos: β endorfinas, neuropéptido Y, hormona liberadora de la hormona de crecimiento (GH-RH), hormona liberadora de gonadotrofinas (Gn-RH), hormona liberadora de tirotrófina (TRH), hormona liberadora de corticotrofina (CRF), oxitocina y vasopresina (10).

Estudios en ratas sugieren que durante el climaterio, el hipoestrogenismo resultante de la falla ovárica determina una reducción de la biodisponibilidad de neurotransmisores (13). Así, disminuyen substancialmente los niveles de adrenalina, acetilcolina, histamina, glutamato, aspartato, glicina, β alanina, taurina, oxitocina y vasopresina.

Estudios experimentales han establecido relaciones más precisas entre los circuitos de neurotransmisión y las funciones neuroendocrinas determinando una correlación directa y concordante según su origen biológico, entre los neurotransmisores y ciertas funciones cerebrales (14-15). Se ha buscado establecer un rol directo de ciertos péptidos hipotalámicos sobre las funciones psiconeuroendocrinas que varían durante el ciclo menstrual y su concordancia con la variación de los niveles plasmáticos de estrógenos y progesterona. Así, la serotonina tendría relación específica con las siguientes funciones cerebrales: sueño, depresión, ansiedad, memoria, apetito, conducta y comportamiento sexual; la adrenalina con la temperatura corporal, el ánimo, y la depresión; la dopamina con el comportamiento sexual, el ánimo, la memoria y la conducta; las β endorfinas con la sensación de bienestar y dolor; y el neuropéptido Y con la conducta sexual y alimentaria, y el ciclo de sueño-vigilia (14-15) .

Corrección de la concentración de neurotransmisores por los estrógenos

Las hormonas estrogénicas pueden corregir positivamente la concentración de neurotransmisores en un organismo privado de estrógenos, a través de variar su síntesis, liberación y catabolismo en diversas áreas del sistema nervioso central (16-17). Este mecanismo se explica porque la producción de las enzimas biosintéticas y catabólicas, que participan en el metabolismo de los neurotransmisores, está regulada por el nivel de estrógenos circulantes.

Entre las enzimas biosintéticas de neurotransmisores, que son estimuladas por los estrógenos, se encuentran la tirosina hidroxilasa que participa en la síntesis de catecolaminas, la 5 OH triptamina decarboxilasa que interviene en la formación del triptofano / serotonina y la dopa decarboxilasa que actúa en la síntesis de dopamina. En situaciones de hipoestrogenismo, como ocurre durante el climaterio, estas enzimas frenan su acción biosintética.

Contrariamente, las enzimas que catabolizan neurotransmisores, como la monoaminoxidasa (MAO) y la catecoloximetiltransferasa (COMT) se liberan en estados de carencia estrogénica, disminuyendo aun más la concentración de estos neurotransmisores (18). Así como un nivel normal de estrógenos mejora la biodisponibilidad de neurotransmisores, por estimulación de la síntesis e inhibición

del catabolismo; el climaterio con su condición de carencia estrogénica establece una situación inversa: se frena la síntesis y se acelera el catabolismo de los neurotransmisores.

Cuanto mayor es la concentración de neurotransmisores en el sistema nervioso central, mejor se desarrollan las funciones neurobiológicas; esto es válido para casi todos los neurotransmisores, excepto para aquellos que son inhibidores como el sistema gabaérgico mediado por el GABA (10).

El cerebro como efector de las hormonas esteroidales

Después de todas las descripciones precedentes, debe quedar establecido que el cerebro es un órgano efector de las hormonas esteroidales con receptores altamente específicos que permiten a dichas hormonas modificar las funciones de todo el sistema nervioso central y periférico, a través de la regulación de la concentración de neurotransmisores y de enzimas. Pero ahora, se deben agregar nuevo conceptos: el cerebro, los nervios periféricos y las células de la glía tienen la capacidad de sintetizar neuroesteroides a partir del colesterol y constituirse en una fuente productora (10).

El término de neuroesteroide no designa una clase o tipo particular de esteroide sino que hace referencia al sitio de síntesis (19). Por ejemplo, la progesterona es una hormona producida por los ovarios y la glándula suprarrenal, pero también es considerada un neuroesteroide porque puede sintetizarse en el cerebro y nervios periféricos.

El sistema nervioso está provisto de las enzimas necesarias para sintetizar esteroides a partir del colesterol, como la citocromo P-450 y la 3 β dehidrogenasa. Los primeros indicios que sugerían la síntesis de neuroesteroides fueron los niveles más elevados de pregnenolona en el sistema nervioso que en plasma (20) y la presencia de pregnenolona en el cerebro después de la castración y adrenalectomía (21-22).

A partir de estas evidencias se inició el estudio de la síntesis de neuroesteroides en el sistema nervioso. No está claro aún cual es la interacción entre los esteroides circulantes y los neuroesteroides. Se hacen indispensable nuevos estudios prospectivos aleatorizados para conocer cuales son los efectos fisiológicos y preventivos de estos neuroesteroides (10).

Los efectos de la longevidad

El grado de desarrollo de un país tiene gran impacto sobre la mayor supervivencia de la mujer. El considerable alargamiento de la vida femenina ha tenido lugar,

fundamentalmente en los países desarrollados, después de la segunda guerra mundial. Mirado en perspectiva, desde comienzos de siglo la vida de la mujer ha aumentado entre 25 a 35 años en los países occidentales; lo que significa que el período más considerable de este incremento ha tenido lugar en un tiempo históricamente muy corto, lo que puede explicar las dificultades adaptativas. Estudios recientes revelan que 40 millones de norteamericanas y el 30% de las mujeres europeas tiene más de 50 años y han pasado ya la menopausia, con una expectativa de vida cercana a los 80 años.

Chile, según el censo de 1992, es un país con una población femenina que comienza a envejecer. Con una expectativa de vida de 76 años, casi el 30% de las mujeres tiene más de 40 años y un 25% está en el climaterio. Una de las primeras consecuencias de este fenómeno es el elevado número de viudas, en que la mayoría de las mujeres acaban su vida solitarias, no sólo porque su longevidad es superior - en un país donde los varones tienen una expectativa de vida de 69 años-, sino porque de acuerdo con las costumbres, se casan con hombres mayores que ellas, lo que acentúa aun más el desequilibrio entre sus respectivas vidas. Las mujeres, por lo tanto, vivirán alrededor de 30 años después de la menopausia, retiradas de su vida activa, más solitarias y con menos ingresos (23).

La elevada esperanza de vida al nacer y la natalidad restringida, han tenido como resultado una población que continua envejeciendo. De la población mundial, un 6,4% corresponde al grupo senescente, lo que representa la existencia de unos 360 millones de ancianos en el planeta (24), con una proporción mucho mayor de mujeres, que poseen características endocrinas y metabólicas diferentes a las otras mujeres; con las consiguientes repercusiones en la condición psicológica y social.

En la medida que envejece la población, el deterioro cognitivo y la demencia tipo Alzheimer adquieren mayor importancia por los efectos negativos en la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno familiar. La demencia tipo Alzheimer es un deterioro de funciones intelectuales en un individuo que no presentaba retardo mental previo, y que se encuentra en un estado de conciencia normal. Su prevalencia es progresiva con la edad, se estima de un 10% para los mayores de 65 años y de un 50% para los mayores de 85 años, constituyendo el 50% a 60% de las demencias en adultos (25).

¿A quién tratar preventivamente contra la enfermedad de Alzheimer?

La hipótesis de que la terapia hormonal de reemplazo, protege a la mujer del riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer, aunque abre grandes expectativas no está aun probada. Faltan, indudablemente, trabajos prospectivos que logren establecer

como los estrógenos pueden intervenir en su prevención o progresión. Los estudios epidemiológicos son los más estimulantes, pese a que se prevé un sesgo, por las diferencias en las características demográficas y de estilos de vida entre las usuarias y no usuarias de estrógenos (26).

Como se sabe, las mujeres menopáusicas obesas presentan mayores niveles de estrógenos circulantes por la mayor aromatización periférica de los andrógenos suprarrenales. Estudios observacionales han establecido que las pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan un menor índice de masa corporal; y entre las que ya presentaban síntomas de la enfermedad, el mayor peso corporal estaría relacionado con mejores índices en las pruebas psicométricas de las distintas funciones cognitivas (27).

Varios estudios han utilizado estrógenos para tratar a mujeres con enfermedad de Alzheimer. En cada uno de éstos, el número de participantes era pequeño, se utilizaron tests psicométricos resumidos para medir las funciones cognitivas, fueron de corta duración y sólo dos estudios fueron prospectivos, de doble ciego y con grupo placebo. Cada uno de ellos encontró beneficios significativos en la mujeres dementes que usaron estrógenos. Lo interesante es que los efectos estrogénicos beneficiosos, parecen ser mayores en los mismos tipos de funciones (por ejemplo: memoria de conservación y evocación) que muestran diferencias de género, cuando se comparan mujeres y hombres con Enfermedad de Alzheimer (28).

Si consideramos que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad crónica neurodegenerativa, con pérdida de la función cognitiva, que constituye la cuarta causa de muerte a nivel mundial (sobre 100.000 personas), en la que se invierten alrededor de US\$ 25 millones anuales en el mundo, es indispensable promover la evidencia acumulada hasta la fecha, de que los estrógenos pueden prevenir esta patología, abriendo un campo de posibilidades que tendrá un gran impacto en la salud pública; sobre todo si se considera el progresivo aumento de la longevidad de la población.

En el climaterio, la falla ovárica con su consiguiente declinación esteroideal, representa un rol fundamental en el deterioro cognitivo y en el daño neuronal que se observa en un importante contingente de mujeres en el proceso del envejecimiento. Los estrógenos, principalmente el 17- β estradiol, se expresan mediante receptores nucleares específicos situados en el hipotálamo, hipófisis, amígdala, área preóptica y núcleos basales, modulando las funciones cerebrales mediante la regulación de neurotransmisores. En estas áreas se han encontrado además altos niveles de aromatasa, enzima que convierte la testosterona en 17- β estradiol.

Posteriormente, en la postmenopausia avanzada, los cambios metabólicos y hormonales derivados del proceso de envejecimiento, abarcan con sus correlaciones anatómo-fisiológicas también al sistema nervioso central, provocando una reducción del tamaño cerebral, atrofia de la corteza, dilatación de los ventrículos, desarrollo de árboles dendríticos, extensión de axones de neuronas sanas a otras que perdieron su función, con notables cambios en el sistema de neurotransmisión.

El mayor conocimiento de los mecanismos descritos, permitirá revertir las alteraciones causadas por el hipoestrogenismo en el sistema de neurotransmisión, tanto en sus funciones enzimáticas y no enzimáticas, para proteger contra los trastornos funcionales psiconeuroendocrinos que ocurren en la vida fértil y en el climaterio; y posterior y eventualmente contra el fenómeno de estrés oxidativo, de deterioro cognitivo y de demencia tipo Alzheimer, estableciendo una importante diferencia de género en el proceso fisiológico del envejecimiento cerebral.

Se han difundido extensamente los factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer; y un criterio razonable es permitir inicialmente, que las mujeres con estas características, puedan obtener beneficios preventivos con la terapia hormonal de reemplazo administrada precozmente.

II. LOS DETERMINANTES PSICOSOCIALES

Después de la menopausia, los efectos de la edad son un ejemplo ostensible de la compleja interacción entre los determinantes físicos y psicológicos de la mujer, que la diferencia totalmente de lo que ocurre con el hombre.

La pérdida de la fertilidad por la falla ovárica, es un acontecimiento que marca la vida de la mujer -aunque no desee más hijos-, que lo vive en la misma época del alejamiento de los hijos, de los primeros fallecimientos de parientes y amigos de su generación, de la aparición de enfermedades graves, y de eventuales episodios de adulterio de su pareja. Esta situación de epílogo, de pérdida del control de la vida, puede provocar importantes repercusiones psicológicas e incapacidades adaptativas, que pueden ir desde las dificultades de relación con su grupo familiar, hasta la conducta antisocial y la depresión .

La respuesta individual y social

Tanto en la mujer como en el hombre la vejez conduce hacia importantes pérdidas, que provocan temor en los que se encuentran en la antesala, por el deterioro de la salud, condición social y seguridad, por la menor capacidad y oportunidad de trabajo; por las desventajas en el control de las decisiones, por la disminución de la agudeza de los sentidos, fuerza y reflejos; por la merma del ingenio y atractivo.

Estas condiciones y funciones se mantienen o declinan según un modelo predecible en la curva ascendente de los años, pero aun cuando algunos cambios biológicos relacionados con la longevidad son universales, la respuesta individual y social varía enormemente.

Muchas series que estudian deterioro cognitivo, establecen que gran parte del desmedro intelectual observado en los test psicométricos, está relacionado, más que con un daño cerebral objetivo, con diversos tipos de depresión, con una incidencia tres veces mayor en la mujer que en el hombre. Se describe, junto a las características mencionadas, anorexia, trastornos del sueño, capacidad de concentración reducida, excitabilidad, fatigabilidad, sensación de inutilidad y un temor anormal a la soledad (29).

Para la mujer, la menopausia es un hito, que marca una importante diferencia en el transcurso de la vida. Advierte que empieza a envejecer y que toda su biografía se echa sobre sus hombros, pero paradójicamente, ese hito subraya su ruptura con el pasado, lo que altera fundamentalmente la proyección de lo vivido. Lo ocurrido en su juventud, pierde vigencia y realidad para las nuevas generaciones que la rodean, transformando las expectativas y los hechos relevantes de su existencia en una especie de leyenda privada y desvalorizada.

La diferencia definitiva entre esta etapa y las precedentes, es lo que se tiende a olvidar con mayor facilidad: la corriente externa de los cambios tecnológicos, ambientales y sociales es tan acelerada, que revoluciona el tiempo de la vida cotidiana, afectando su manera de imaginar y sentir el mundo que la rodea, desdibujando así la percepción de su propia memoria histórica.

En esta aceleración externa, su entorno y sus semejantes se hacen cada vez más ajenos, pues esta velocidad está inmersa en la transitoriedad, en lo que varía día a día, afectando radicalmente su manera de relacionarse con personas distintas, con las instituciones que modifican sus normas, con los objetos que cambian, con todo ese universo que transforma las ideas, costumbres y valores.

Si la velocidad en que se vive afuera es una nueva fuerza social, la transitoriedad es su réplica psicológica; por lo que el retraimiento, la falta de aspiraciones y de participación, pueden explicar no sólo una incapacidad adaptativa, sino además la falta de comprensión del papel que ella representa en el comportamiento humano contemporáneo (30).

Los cambios necesarios

Aunque no se debe desconocer las dificultades que significa transformar las actitudes y los hábitos de las personas, en el momento en que la mujer logra cambiar su

relación con los recursos que la rodean, puede lograr una más rápida evolución y ampliar completamente el alcance del cambio que vive.

Sin renegar del pasado y de su propia manera de pensar, sentir y expresar su afectividad, tanto el hombre como la mujer pueden cortar los lazos con lo inalterable de su historia previa, para modificar conductas que les permitirán participar libremente en una vida y en una sociedad completamente nuevas.

Si bien es cierto que todo porvenir constituye un enigma, integrarse a él otorga un nuevo sentido. En esta encrucijada, toda persona que envejece, debe aprender de que manera se altera la trama de la existencia, para imprimir así formas nuevas y sorprendentes a su futuro.

Referencias Bibliográficas:

1. Inestrosa NC, Bonnefont AB. El beneficio potencial de los estrógenos en la enfermedad de Alzheimer. En González Campos O, Arteaga Urzúa E, Contreras Castro P, eds. *Menopausia y Patologías asociadas. Prevención y Tratamiento*. Editorial Bywaters, Santiago de Chile, 1998; 117-121.
2. Santos González J, Carranza Lira S. Climaterio y enfermedad de Alzheimer. En González Campos O, Arteaga Urzúa E, Contreras Castro P, eds. *Menopausia y Longevidad: Perspectiva Clínica y Epidemiológica en Latinoamérica*. Editorial Bywaters, Santiago de Chile, 1998; 133-142.
3. González Campos O. Aspectos psiconeuroendocrinos del climaterio. En Jadresic A, Ojeda C, Pérez G, eds. *Psiconeuroendocrinología*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo, 2000; 77-90.
4. Jaffe AB, Toran-Allerand CD, Greengard P, et al. Estrogen regulates metabolism of Alzheimer amyloid b precursor protein. *J. Biol. Chem.* 1994; 269: 13065-13068.
5. Bloom F, Kupfer D. *Psychopharmacology 1995* New York Raven Press.
6. De Vane GW. Premenstrual syndrome. *J. Clin. Endocrinol. Metab* 1991; 72, 250-251.
7. Sherwin B. Hormones, mood and cognitive functioning in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*

- 1996; 87 supp2:20-26.
8. Shughrue PJ., Komm B., Merchenthaler I. The distribution of estrogen receptor B mRNA in the rat hypothalamus. *Steroids* 1996; 61: 678-81.
9. Maggi A, Perez J. Role of female gonadal hormones in the CNS: clinical experimental aspects *Life Sci* 1985; 37: 893-906.
10. Fusaro DJ, Gurucharri CA. Hormonas esteroidales y sistema nervioso central. En González Campos O, Arteaga Urzúa E, Contreras Castro P, eds. *Meno-pausia y Longevidad: Perspectiva Clínica y Epidemiológica en Latinoamérica*. Editorial Bywaters, Santiago de Chile, 1998; 115-132.
11. Jung-Testas I, Renoir JM, Gase JM, et al. Estrogen inducible progesterone receptor in primary cultures of the rat glial cell. *Exp. Cell Res* 1991; 193, 12-19.
12. Jung-Testas I, Schumacher M, Robel P, et al. Actions of steroid hormones and growth factors on glial cells of the central and peripheral nervous system. *J. Steroid Biochem. Mol Biol* 1994; 48; 145-154.
13. Petraglia F., Penalva A. Locatelli V. et al. Effect of gonadectomy and gonadal steroid replacement on pituitary and plasma B endorphin levels in the rat. *Endocrinology* 1982; 111, 1224-1229.
14. Ferin M, Van Vugt D, Wardlaw S. The hypothalamic control of menstrual cycle and the role of endogenous opioid peptides. *Recent. Prog. Hormo. Res.* 1984; 40: 441-85.
15. Parker SL, Carroll BL, Kalra SP, et al. Neuropeptide Y (NPY) Y2 receptors in hypothalamic neuro-endocrine areas are up-regulated by estradiol and decreased by progesterone co treatment in the ovariectomized rat. *Endocrinology* 1996; 137: 2896-900.
16. Luine V, Mc Ewen B. Effect of estradiol on turnover of type A monoamine oxidase in brain. *J. Neurochem* 1977; 28: 1221-7.
17. Di Paolo T, Daigle M, Picard V, et al. Effect of acute and chronic 17B estradiol treatment on serotonin and 5-hydroxyindole acetic acid content of discrete brain nuclei of ovariectomized rats. *Exp Brain Res* 1983; 51: 73-6.
18. Luine V, Khylchevskaya R, Mac Ewen B. Effect of gonadal steroids on activities of monoamine oxidase and choline acetylase in rat brain. *Brain Res* 1975; 86: 293-306.
19. Baulieu EE. Neurosteroids: a new function in the brain. *Biol Cell* 1991; 71, 3-10.
20. Corpécho C, Synguelakis M, Talha S. Pregnenolone and its sulfate ester in the rat brain. *Brain. Res.* 1983; 270: 119-125.
21. Robel P, Baulieu EE. Neurosteroids biosynthesis and function. *Trends Endocrinol Metab.* 1994; 5: 1-8.
22. Robel P, Baulieu EE. Neurosteroids: 3B hydroxy 5derivates in the rodent brain. *Neurochem. Int* 1985; 7: 953-8.
23. González Campos O. *Perspectiva Médico Social del Envejecimiento*.

- En González Campos O, Arteaga Urzúa E, Contreras Castro P, eds. *Menopausia y Patologías Asociadas. Prevención y Tratamiento*. Santiago, Chile: Editorial Bywaters, 1998; 35-41.
24. Medina Lois E. Epidemiología del Envejecimiento en Chile.. En González Campos O, Arteaga Urzúa E, Contreras Castro P, eds. *Menopausia y Patologías asociadas. Prevención y Tratamiento*. Editorial Bywaters, Santiago de Chile, 1998; 65-70.
 25. Burckhardt C, Jander I. Rol de la pruebas psicométricas en el diagnóstico clínico de la Enfermedad de Alzheimer. *Rev Sanidad Def Nac (Chile)* 1995;12(2):141-149.
 26. Derby CA, Hume AL, McPhillips JB, et al. Prior and current health characteristics of postmenopausal estrogen replacement therapy users compared with nonusers. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:544-550.
 27. Berlinger WG, Potter JF. Low body mass index in demented outpatients. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:973-978.
 28. Henderson VW. The epidemiology of estrogen replacement therapy and Alzheimer's disease. *Neurology* 1997;48:27-35.
 29. González Campos O. Métodos de Evaluación del Síndrome Climatérico. *Rev Iberoam Menop* 1999; 1(1): 3-10.
 30. González Campos O. Influencia de los factores antropológicos y psicosociales en el climaterio. En González Campos O, Arteaga Urzúa E, Contreras Castro P, eds. *Menopausia y Longevidad: Perspectiva Clínica y Epidemiológica en Latinoamérica*. Editorial Bywaters, Santiago de Chile, 1998; 19-26.

MUJER Y SOCIEDAD

*Prof. Dra. Ana Kaempffer Ramírez
Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile*

1. CARACTERÍSTICAS DEL GÉNERO

Es la gama completa de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas, creencias y actividades, algunas derivadas de la forma de socializar a hombres y mujeres, y otras de factores biológicos, como el predominio del hemisferio izquierdo o derecho, que condicionan la mayor capacidad del hombre de ver la generalidad antes que el detalle, la proyección antes que lo cotidiano, el cálculo antes que la intuición, el individualismo antes que lo social, la mejor orientación espacial; el interés por lo macrosocial o lo macroeconómico antes que lo hogareño y el sentido de propiedad de los bienes.

En cambio, las mujeres perciben mejor los detalles, los pequeños gestos, manejan mejor el pequeño grupo y las necesidades cotidianas. Esa capacidad y la de memorización selectiva pueden condicionar lo que llamamos intuición. Propios del género femenino son el interés por los demás, la naturalidad con que asumen el cuidado de otros y el sello de calidez que imprimen a sus espacios.

La menor orientación espacial y el menor interés por lo macro frente a lo íntimo y hogareño hace que las mujeres parezcan más vulnerables, débiles y necesitadas de protección de lo que en realidad son. Lo que parece cierto es que las mujeres valoran la seguridad presente más que los grandes proyectos a futuro, más el cuidado de su familia y su mundo privado que "arreglar el mundo".

Las sociedades cultas valoran la originalidad en hombres y mujeres y entienden su complementariedad. En dichas sociedades no son necesarios ni el machismo ni los movimientos feministas militantes y la igualdad de oportunidades se da cuando un miembro de un género adopta o prefiere algunos de los rasgos más acusados del otro.

Es posible que la discriminación de la mujer sea un hecho atávico, histórico, cuando la supervivencia del grupo humano dependía más del sentido de orientación espacial y de la habilidad para desplazarse a gran distancia y de la fuerza física del varón que de la ternura y el refinamiento de los sentimientos, históricamente atribuidos a la mujer, que entonces permanecía en la caverna cuidando el precioso fuego y esperando, como sólo saben en esperar las mujeres, el regreso del proveedor

Muchos mitos persisten y no son sólo los hombres los que los aceptan. No todos están de acuerdo en que los derechos de la mujer impliquen igualdad de oportunidades en la toma de decisiones privadas y públicas ni en la necesidad de que los hombres deban, a su vez, compartir responsabilidades en el cuidado de la familia y la crianza de los hijos.

También parece deseable la participación masculina en decisiones sobre tamaño de la familia y decisiones sobre planificación familiar sobre la base de igualdad y respeto mutuo.

Sólo recientemente se ha comenzado a valorizar el mundo privado, que ha sido, desde siempre, del dominio femenino, que logra hacer de una casa un hogar, con la connotación de tibieza y acogida que la propia palabra sugiere.

2. LA MUJER EN LA SOCIEDAD CHILENA

La población chilena actual se compone de un número mayor de hombres que de mujeres hasta alrededor de los 30 años. A partir de esa edad, el porcentaje de mujeres va aumentando: 50% en el grupo de 30 a 34 años llegando a ser 54% a los 60 años, supuesto fin de la actividad laboral y entrada al grupo senescente. Las mujeres ancianas (75-79 años) constituyen el 60,2% de la población de ese grupo de edad.

En el grupo en edad reproductiva (20-29 años) las mujeres representan un 49,5% del grupo etario.

A pesar del discurso público reconociendo la necesidad de conseguir para la mujer igualdad de oportunidades, aún nuestra cultura muestra modelos de crianza de las niñas que exaltan el paradigma de "lo femenino" con especial valoración de la belleza, la dulzura y la sumisión, paradigma que ellas aceptan con facilidad porque de alguna manera calza con su propia naturaleza. Pero en la adolescencia y en la primera juventud la mujer percibe que las personas exitosas, sin necesidad de perder sus cualidades femeninas empiezan a ser valoradas por su inteligencia, su asertividad, su habilidad para tomar buenas decisiones y ejercer autoridad, cualidades que parecen ser propias sólo de los varones.

A la mujer adulta se le refuerzan las expectativas sociales de abnegación, dependencia y atención y cuidado de otros. Se debe a su pareja y a sus hijos en un mundo en que la valoración social se consigue fuera del ámbito doméstico.

El siglo XX estuvo marcado por un fenómeno nunca visto como fenómeno masivo: la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo. Ello, en teoría, significaría un

avance muy importante en la igualdad de oportunidades y mejoraría el bienestar material y la autoestima de las mujeres. Sin embargo, los informes en diferentes países coinciden en que ello ha ocurrido exactamente así. Por una parte gran parte, si no es todo el salario se destina a gastos básicos del hogar y, por otra, la mayor parte de las mujeres trabajan en los sectores con peores condiciones laborales y con bajas remuneraciones.

En 1999 según INE la estructura de las remuneraciones de las mujeres, que constituyen casi el 38% de las mujeres mayores de 15 años y alrededor de un 34% de la población económicamente activa se distribuía de la manera siguiente:

Salario (en \$)	% de trabajadoras
< 150.000	46,2
151.000 - 250.000	24,8
251.000 - 500.000	18,5
501.000 - 750.000	5,1
751.000 - 1.000.000	2,0
1.000.010 - 1.250.000	0,9
más de 1.250.000	2,5

Cabe destacar que entre un 20 y un 23% de las mujeres son jefes de hogar; la mayoría se encuentra entre los grupos más pobres de la sociedad.

Además las mujeres suelen concentrarse en empleos que refuerzan la idea de servir a otros: educación parvularia y básica, salud, servicios, etc.

En este y otros aspectos se aprecia discriminación que tiene probablemente dos orígenes: discriminación ejercida por la sociedad y autodiscriminación de mujeres que tienen que cumplir bien su rol en el trabajo y en el ámbito doméstico, ya que la salida de las mujeres al mundo público no se ha acompañado con el ingreso de los varones al mundo privado del trabajo en el hogar. De este modo las mujeres han incrementado su carga laboral, desarrollando diariamente un trabajo remunerado y una jornada de trabajo doméstico, lo que deja huellas en la salud física y mental de ellas.

La participación de las mujeres en el ámbito público también se realiza en ámbitos más bien modestos.

En el año 2000 la participación de ellas en tareas de gobierno es la siguiente:

	Total	Mujeres	%
Ministros de estado (*)	16	5	31,2
Senadores	49	2	4,0
Diputados	120	14	11,6
Intendentes	13	1	7,7
Gobernadores	50	6	12,0
Alcaldes	341	33	9,7
Concejales	2.122	241	11,4

(*) Designados por el Presidente de la República, quien los puede remover.

3. LA MUJER Y EL MUNDO LABORAL

El crecimiento económico de la economía chilena en los últimos años ha sido acompañado por una expansión significativa de los niveles de empleo y particularmente por una creciente integración de la mujer a los mercados laborales. En efecto de tasas de desocupación que en los primeros años de la década de los 80 subían de 20% presentan para 1999 y 2000 cifras algo superiores al 10%.

La tasa de desocupación es siempre más alta en las mujeres y en los más jóvenes, salvo en las edades posteriores a los 60 años, fecha en que las mujeres pueden jubilar, cuando se encuentran acogidas a un régimen previsional que se los permita.

La expansión del empleo no ha ido, sin embargo, acompañada de un mejoramiento de la calidad de los mismos. Por el contrario, se constata la expansión de una diversidad de empleos atípicos en el país y cuyo rasgo más permanente es la precariedad, que tiene un sesgo de género. Las mujeres constituyen la mayoría de las trabajadoras empleadas bajo estas modalidades atípicas, en lo particular a lo que concierne a empleos a tiempo parcial, temporales y sumergidos o ilegales.

En este contexto, la pregunta sobre lo que está ocurriendo en términos del desgaste de la salud de los trabajadores queda sin respuesta. El subregistro general de las enfermedades profesionales se ha estimado entre un 45% y un 90% en el SNSS.

En nuestra legislación la enfermedad profesional se define como "la causada de una manera directa en el ejercicio de la profesión o el trabajo y que le produzca incapacidad o muerte". Los aspectos sociales que rodean el trabajo son desechados como agentes de riesgo. Se ha puesto más énfasis en los accidentes del trabajo que

en las enfermedades. Numerosos menoscabos de la salud que se producen lentamente y cuya detección es difícil se atribuyen más fácilmente al estilo de vida que a las condiciones laborales. Esta concepción también deja fuera todos los sumergidos, subcontratados e ilegales.

El carácter restrictivo del concepto afecta particularmente a las mujeres trabajadoras porque por una parte ellas se encuentran en los niveles de mayor precariedad y en los niveles más flexibles del modelo, y por otra porque su integración al mercado del trabajo no ha sido acompañada de cambios significativos en los roles al interior de la familia, como hemos expresado anteriormente. La mujer conserva las responsabilidades adscritas al rol doméstico lo que se traduce en una pesada carga adicional de trabajo diario. Ese es considerado un "no trabajo" y es en consecuencia, desechado como factor de riesgo para la salud de las trabajadoras. Eso implica que muchas de sus enfermedades que derivan de esta situación son tratadas como enfermedades comunes, no reciben tratamiento oportuno y se desarrollan hasta situaciones límites o invalidantes, que se confunden con cansancio o vejez. Algunos de ellos se están convirtiendo en problemas de amplias proporciones y frente a los cuales no hay aún respuestas individuales ni sociales.

Los daños invisibles: Fatiga y stress laboral

Los malestares o síntomas de la fatiga laboral aluden una gama de sufrimientos que incluyen una serie de perturbaciones inespecíficas, como modificaciones del humor y del carácter, perturbaciones del sueño, cefalea, problemas gástricos y tendencia a la emotividad fácil.

Diversos estudios realizados en el país demuestran que la fatiga y el stress laboral constituyen uno de los problemas más frecuentes en los sectores que emplean mayoritariamente fuerza de trabajo femenina: profesoras, algunos sectores de la industria, sector servicios, digitadoras de computación, enfermeras.

Un estudio realizado por el CEM sobre salud y trabajo en trabajadoras de la industria de la confección, en temporeras de la fruticultura, de la industria pesquera y trabajadoras que trabajen en su domicilio para la industria revela niveles muy altos de fatiga y estrés. Esto se traducen en enfermedades tensionales como úlcera, gastritis y neurosis.

Trabajadoras	Neurosis	Úlcera	Gastritis
Confección	31,4	17,5	17,7
Fruticultura	35,7	21,7	20,0
Pesca	35,1	21,9	23,9
Trabajo a domicilio	40,3	18,7	27,7

Fuente: Encuestas CEM 1992 - 1994.

Un gran número de mujeres presentaba también irritabilidad, desánimo, tristeza.

Mediante análisis multivariado fue posible separar dos grupos de factores del trabajo relacionado con fatiga y estrés en los grupos estudiados. El primero se refiere a las condiciones sociales del trabajo (extensión de la jornada, forma de pago a trato y relaciones con los jefes). El otro grupo se refiere al ambiente de trabajo (ruido, frío, posturas no ergonómicas). En las que trabajan a domicilio se juntan la longitud de la jornada de trabajo y la doméstica, que se suceden sin interrupción.

En un grupo de profesores de la Región Metropolitana, ellos asocian la fatiga mental con la monotonía del trabajo, decisiones de los superiores sobre las que no tiene control, bajos salarios y poca valoración de su trabajo.

En varios otros estudios (digitadoras, servicio de Tesorería y otros) se destacan tanto los factores físicos del ambiente (ventilación, iluminación, ruido) como los del ambiente social (malas relaciones humanas, fiscalización, falta de reconocimiento). En una faenadora pesquera de Talcahuano, la inadecuación de los mesones y estantes provocaba frecuencias muy altas de ciática y lumbago.

En muy pocos estudios se ha considerado el desgaste derivado de la doble jornada sobre la salud de las trabajadoras.

Otro elemento a considerar en el estrés laboral es la expansión de trabajos que se caracterizan por períodos secuenciales de ocupación - desocupación. Hay unas 900.000 mujeres que realizan trabajos temporales o secuenciales asalariados. El desempleo es nocivo para la salud: genera pobreza, disminuye la autoestima y destruye vínculos sociales significativos. Se da por descontado que las mujeres son fuerza de trabajo flexible y que su entrada y salida del mercado laboral se complementa con su labores domésticas; sin embargo estas situaciones, en ambos sexos, provocan daños a la salud mental.

De las enfermedades que definen los rasgos del perfil epidemiológico de las trabajadoras ¿cuáles son las enfermedades de origen ocupacional que reciben el tratamiento de tales? Muy pocas; aún frente a situaciones que se vinculen claramente a la ocupación es difícil acogerse a los beneficios de la ley. Frente a síntomas como estrés laboral, fatiga, etc. la batalla es aún más dura.

Muchas veces ante síntomas definidos (tendinitis, úlceras) las mujeres no habían consultado o habían recurrido a la automedicación, ya que el ir al médico es sinónimo de ausentismo al trabajo, disminución del ingreso, etc.

En Diciembre de 1997 se publicó por encargo de MINSAL y SERNAM una investigación realizada en un sector laboral mucho más estructurado como es el Sector Público de Salud para conocer la realidad social y familiar de las funcionarias. El estudio se realizó en una muestra de personal de las diferentes plantas.

En el sistema de Salud el 65% de los funcionarios son mujeres, con fuerte predominio en casi todas las plantas, salvo los Directivos de la Ley 15.076 donde representan sólo un 15%.

De los hallazgos de esta investigación se puede destacar que la mayoría del personal es casado o convive con una pareja: 5% viven solos especialmente mujeres directivas y hombres profesionales.

El tamaño del grupo familiar fluctúa entre 3 y 5 personas; las mujeres tienen menos cargas familiares que los hombres, probablemente por tener algo mayor edad y menores ingresos.

En materia de educación las mujeres están más preparadas que los hombres, lo que contrasta con su distribución en los cargos directivos al interior de los servicios. El tramo de "especialistas" los hombres sobrepasan a las mujeres.

Más del 40% de las mujeres se define como jefa de hogar lo que difiere francamente del promedio nacional. Sólo un 25% de las mujeres señalan a su pareja como jefe de hogar lo que indicaría que cuando no son ellas, la jefatura no es necesariamente masculina.

Las mujeres de la planta de la Ley 15.046 indican con mayor frecuencia que el jefe de hogar es su pareja.

En cuanto a la percepción subjetiva, los hombres señalan aportar más dinero al hogar lo que se relaciona con los menores ingresos de las mujeres, salvo cuando la mujer es jefa de hogar. Paradojalmente las que señalan hacer el aporte más importante al hogar son, proporcionalmente, las auxiliares, que son las que ganan menos.

Situación funcionaria:

Las edades de las trabajadoras se encuentran el tramo 35-49 años de edad, siendo los hombres más jóvenes que las mujeres. La planta más joven es la administrativa, mientras la planta de auxiliares en que predominan las mujeres es la que presenta las edades más avanzadas.

Las actividades de atención directa a pacientes y público están dadas mayoritariamente por mujeres. Las mujeres muestran mayor tendencia que los

hombres a mantenerse en sus puestos de trabajo, tal vez por menos oportunidades de movilidad laboral.

Situación sociofamiliar:

Las respuestas fueron algo ambiguas al evaluar el clima familiar en que viven las mujeres, sin embargo tienden a reconocer en mayor proporción aspectos negativos en su vida familiar, reconociendo problemas como consumo de alcohol y drogas en sus familias.

En materia de autoridad en la familia, curiosamente las mujeres directivas de la ley 15.076 son las que menos poder se asignan a si mismas.

La responsabilidad del trabajo doméstico es llevado a cabo principalmente por las mujeres, confirmándose la doble jornada. Las mujeres de las plantas técnicas y auxiliar se hacen cargo de una jornada doméstica de 4 a 6 horas diarias, lo que significa una doble jornada de 12 a 14 horas diarias.

Situación laboral:

La mitad del personal dice estar en jornada diurna, pero el 65% realiza algún tipo de horas extraordinarias.

Un 45% de los hombres realiza otro trabajo remunerado lo que muestra que se trata, en general, de un personal que trabaja bastante más de 8 horas diarias, aunque OIT recomienda que el personal sanitario no exceda de 35 horas semanales. En este panorama las mujeres, por la extensión de la jornada y el trabajo doméstico son las más afectadas. Además las mujeres que trabajan en turnos de noche no jubilan a los 20 años de turno, como sucede con los varones.

Las condiciones físico ambientales en que se trabaja no son de las mejores: temperaturas extremas, falta de ventilación, inadecuación de equipos o escasez frente a una sobredemanda que a veces excede las capacidades del servicio.

Un 59% no tienen lugares adecuados de descanso pero un 55% si reconocen lugares adecuados para alimentarse. Cabe preguntarse con que están comparando lo que es adecuado en este último rubro.

Relaciones laborales:

Sólo un 8% de las mujeres y un 5% de los hombres reconoce acoso sexual; pero un 20% de los hombres y un 19% de las mujeres lo reconocen en relación a otras personas.

El clima laboral es mayoritariamente percibido como positivo; pero hay una proporción no despreciable que lo califica como negativo.

Hay cierta preferencia a los equipos mixtos de trabajo. Sin embargo existe un grupo importante de mujeres que prefiere trabajar con hombres, lo que de algún modo puede estar reflejando ideas culturalmente arraigadas sobre las capacidades, habilidades productivas e intelectuales masculinas. Las mujeres aceptan jefas de mejor agrado que los hombres.

Participación:

Es considerada baja y se concentraría en la planta de los directivos. Las mujeres tienen una mejor percepción de su participación, ya que los Servicios de Salud cuentan con una alta proporción de profesionales femeninos.

En cambio la participación en organizaciones sociales (sindicales y colegios profesionales) es considerada alta. Un 25% dijo haber ocupado un cargo en una organización social y un 12% han sido dirigentes gremiales prefiriendo, la mayoría, a los dirigentes varones.

Comportamiento frente a la salud:

Son bastante pasivas y conformistas. Sólo la mitad consulta médico cuando se enferma, lo que difiere mucho de la conducta de la población en general. Se automedican o no hacen nada.

Sólo un 50% se ha hecho un chequeo médico en el último año.

Cuando se enferman, se encontraron diferencias importantes por sexo. Cuando se enferma un funcionario varón es cuidado preferentemente por su cónyuge; en cambio a las mujeres las cuida otro tipo de persona o se cuida sola.

En materia de anticoncepción los métodos más usados son DIU y hormonales. El condón prácticamente no es mencionado por las mujeres. Es necesario realizar programas de educación sexual para el personal.

El tiempo libre:

Al indagar sobre lo que hace el personal durante sus vacaciones, un grupo importante no sale de sus casas, especialmente las de menores ingresos.

Fuente: Una perspectiva de Género de los Recursos Humanos del Sector Público de Salud. MINSAL - SERNAM - COMUSAMS.

En relación a las actividades de fin de semana, los hombres descansan en casa, van al fútbol; las mujeres hacen trabajos domésticos pendientes, salen de compras o van a centros comerciales.

Hay aún mucho que mejorar: los registros, impulsar más estudios sobre la salud de la mujer trabajadora, aumentar la cobertura de las que están desprotegidas por el tipo de trabajo que realizan y ampliar el abanico de enfermedades incluídas entre las "profesionales",. Mejorar los programas de prevención de riesgos; políticas sociales para aliviar la doble carga, aumento de salas cunas y jardines infantiles cercanos a los centros de trabajo, sin que las mejoras ambientales y laborales dejen de lado a los trabajadores.

Cuando las mujeres presentan una enfermedad profesional invalidante, la edad a que consiguen su pensión es bastante inferior a la de los hombres 40,2 años frente a 53,1 de los hombres. Esa menor edad promedio de presentación de la incapacidad en la mujer se debe probablemente a que las enfermedades que las invalidan requieren menor tiempo de exposición (por ejemplo digitadoras).

El alto costo social de una invalidez irreversible por el rol fundamental que la sociedad le otorga a la mujer en el cuidado del hogar y de los hijos, aún no ha sido evaluado. Por otra parte si la oferta de empleo es reducido para las mujeres es muy posible que una mujer con un grado de incapacidad vea negada su reinserción en el mundo laboral.

La salud reproductiva:

Si bien ha habido progresos evidentes de algunos indicadores de daño (mortalidad materna, mortalidad fetal) y de atención (95,6% de parto institucional), no es menos cierto que existen problemas que merecen nuestra atención. Por ejemplo en el sector público existe una separación muy clara, especialmente en las ciudades grandes entre el personal que realiza el control del embarazo y el que recibe la derivación de los embarazos de riesgo y atiende los partos en los hospitales.

El embarazo de adolescentes sigue siendo un problema, en parte derivado de falencias importantes en la educación sexual. Ella es insuficiente y llega tarde.

El estado nutricional de las embarazadas también plantea problemas, tanto en relación con las enflaquecidas como, especialmente las que presentan sobrepeso u obesidad.

Las embarazadas chilenas de niveles socioeconómicos medio o bajo presentan gran cantidad de patología no obstétrica, destacando la alta proporción de infecciones del tracto urinario.

En lo cualitativo, la mujer ha perdido el protagonismo que históricamente tuvo en el proceso reproductivo. Las decisiones las toman otros; existe rigidez en permitir que la embarazada y la parturienta cuenten con apoyo emocional y afectivo. Solo muy recientemente se ha ampliado el horario de visitas y la presencia del progenitor en la sala de partos. Además se han introducido tecnologías no siempre indispensable y se recurre a la operación cesárea con una frecuencia que es muy superior a la observada en países desarrollados.

PALABRAS FINALES

(Tomadas del Dr. Halfdan Mahler)

Un buen conocido futurista ha descrito dos posibles ambientes de la OMS para el futuro y la sociedad.

El ambiente "EL" significa el desarrollo tecnológico incontrolado; el ambiente "ELLA" significa que es la mujer la que ocupa en la sociedad el papel de criar y de cuidar. La "Salud para Todos" pertenece fundamentalmente al ambiente "ELLA".

No todos estarán de acuerdo en que la mujer sea, por definición, más sensata, humana o ecológica en sus formas de pensar y de vivir, que el varón. Pero debemos admitir el hecho de que la mayoría de nuestras culturas, tanto en la mitología como en la ideología, han definido a las mujeres como los miembros de la sociedad que se ocupan de la crianza, el cuidado y el afecto, las que garantizan la reproducción cotidiana de la vida. Alaban a la mujer en la poesía y en el discurso político, pero les ponen grandes dificultades cuando ellas quieren ser grandes poetisas o destacadas políticas.

Y esto, ¿qué tiene que ver con la salud y el desarrollo de la mujer?. En nuestras políticas de salud, ¿no está la salud de la madre y el niño a la cabeza de la lista de nuestras prioridades?. ¿No son las cifras de la mortalidad materno infantil la medida de nuestro progreso en el desarrollo de la salud?. Sí, se puede responder, pero ¿qué pasa con la MUJER?

La mujer debe ser considerada por su propio valor, como miembros iguales de la sociedad, en vez de sólo madres, madres potenciales o cuidadoras.

Ellas necesitan que se las considere más allá de los límites de su contribución a la vida familiar y desean empezar a compartir la responsabilidad para con los demás, con los hombres de sus vidas, en sus sociedades en general.

Por otra parte, los análisis políticos han demostrado que ese no es el caso. El desarrollo, y se podría incluir aquí el ambiente "EL", ha estado muy lejos de favorecer a la mujer, especialmente en los países en desarrollo.

Las estadísticas nos muestran el incremento tremendo de mujeres con niños pequeños. Las familias encabezadas por mujeres están en constante aumento, a la par que no disponen de medios viables para su propio sustento y desarrollo. Los expertos mencionan, efectivamente, la feminización de la pobreza. Y aún en países donde por ley, constitución o ideología se proclama la igualdad de la mujer, uno no las ve donde se encuentra el poder.

Quizás cuando ustedes, señores lean los grandes poemas de amor que los hombres de sus culturas han dedicado a la mujer, o tomen decisiones políticas de cuidados de la salud, como hombres, acerca de la mujer quizás se pregunten: ¿quién reproduce a la mujer?. Bien sabemos que la imagen que el hombre crea de la mujer forma la vida de las mujeres.

Ello los llevará a considerar el ambiente "ELLA" en salud, sobre una sociedad más generosa, que le proporcione, no sólo al hombre, sino también a la mujer, tanto pan como rosas, tanta poesía como poder. Es este el ambiente que proporcionará salud como cuando la mujer realmente importa y que a su vez brindará salud para todos. De un sueño social a una realidad social.

Referencias Bibliográficas:

Libros:

1. *Menopausia y Patologías Asociadas. Prevención y Tratamiento.* Dr. Oscar González C., Dr. Eugenio Arteaga U., Dr. Patricio Contreras C. Ediciones Sociedad Chilena del Climaterio. Editora Baywaters, 1998.
2. *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.* 1991.
3. *Documento de trabajo N° 24. Perfil de Mortalidad y Epidemiológico de la Mujer.* 1992
4. *Documento de trabajo N° 40. Sistematización bibliográfica sobre Embarazo y Sexualidad Adolescente.*
5. *Primer Congreso Anciano Mujer y Salud Mental.* 1994.
6. *Una perspectiva de género en los Recursos Humanos del Sector Público de Salud. Perfil socio-familiar y laboral.*
7. *Multivac. Fuente CASEN 1996. Morbilidad, demanda y prestaciones de Salud de Hombres y Mujeres. Chile 1990 - 1996.*

Documentos INE:

8. *Anuario "Demografía" 1998.*
9. *Compendio Estadístico 1998.*

Documentos Ministerio de Salud:

10. *Situación de Salud. Chile 1996. DISAL, Depto. de Epidemiología.*
11. *Anuario Atenciones y Recursos. 1996. DISAL.*
12. *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. MINSAL. Publicaciones de Salud Mental.*
13. *Metodología de Apoyo a la Priorización local de Problemas de Salud. MINSAL. Depto. De Epidemiología. 1997.*
14. *Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud. DISAL. 1997.*
15. *MINSAL. Programa de Salud de la Mujer. 1997.*
16. *Indicadores de Atención de Salud Región Metropolitana. Secretaría Regional Ministerial. 1995 - 1998.*

Otros Documentos:

17. *Documento CONASIDA. Situación VIH-SIDA 1997.*
18. *Número especial "Cuadernos Médico Sociales". Tema Central Salud Mental.*
19. *Documento UNICEF "Indicadores Relevantes de la Infancia en Chile. 1997".*
20. *OMS. Women's Health: across age and frontier. World Health Organization. Geneve. 1992.*
21. *MIDEPLAN. Encuesta CASEN 1998.*
22. *Commission of the European Communities. On the State of Women's health in the European Community.*

Artículos de Revistas:

23. *Berr Díaz, X. "La Salud de las Trabajadoras o los Costos del Modelo". Cuad. Médico Sociales. 1996: XXXVII pág. 11 - 16.*
24. *Actas del Primer Tribunal de derechos de las Mujeres Chilenas. Comentario Revista Mujer - Salud, Febrero 1998, pág. 21.*
25. *Gómez, Adriana. A 5 años de la CIPD. El Desafío del Cairo sigue pendiente. Revista Mujer - Salud, Febrero 1998, pág. 30 - 49.*
26. *Protejamos nuestra Salud Integral. Digamos NO a la Violencia. Folleto Revista Mujer - Salud, 1997.*
27. *Maltrato de Niños y Adolescentes. Barreto L. Et. Al. Bol. Of. Sanit. Panam. 1996, 121 (2): 123 - 137.*
28. *Encuestas de Morbilidad y Atención Médica en Santiago y siete ciudades chilenas. Medina E., Kaempffer A.M. et. al. Revista Chilena de Salud Pública 1998. Vol. 2 (1) 63 - 67.*
29. *Características y manejo de la Morbilidad en siete ciudades chilenas. Medina E., Kaempffer A.M. Revista Médica de Chile. Vol. 125 (8) 950 - 955.*
30. *Atención Médica en siete ciudades chilenas. Medina E., Kaempffer A.M. et. al. Rev. Médica de Chile. Vol. 125 (9): 1091 - 1096.*
31. *Atención Dental en siete ciudades chilenas. Medina, E., Kaempffer, A.M. et. al. Revista Dental de Chile. Vol. 87 (2) 8 - 12.*

HISTORIA DE LA ATENCION OBSTETRICA

Dr. Hugo Muñoz C,

*Matronas: Sras: Delia Opazo R., Rosa Isabel González C., María Elena Larée Q.,
Laura Muñoz M., Marcela Vásquez O.*

INTRODUCCIÓN:

El presente documento constituye una reseña de los principales eventos que han contribuido a perfilar el rol profesional y social de la matrona durante su historia, de ninguna manera pretende agotar el tema ni dar toda la información disponible al respecto. Su objetivo es dar una visión de los diferentes protagonismos y tendencias que ha tenido dicha profesión en diferentes épocas y lugares, con el objeto de rescatar sus elementos positivos y permanentes que permitan repensar su rol profesional en las puertas del próximo siglo y complementarlo con la aplicación racional del conocimiento científico y tecnológico que se dispone en la actualidad y beneficiar así, la atención de la madre y el niño.

Matrona, tiene traducción en Inglés como midwifery y significa "con mujer" lo que implica apoyo emocional exclusivo de una mujer a otra, sin otro intervencionismo. En Francés es una "sage femme" mujer sabia. En general, en todas las referencias de la antigüedad la función de la matrona fue de apoyo a la mujer durante el trabajo de parto.

LAS PARTERAS O COMADRONAS EN LA PREHISTORIA.

En la historia de la humanidad, el parto era considerado como un proceso fisiológico normal y las interpretaciones y prácticas mágico - religiosas se utilizaban para favorecer o facilitar este proceso. Por otra parte, siempre que una mujer tenía un niño, ésta era apoyada por otras mujeres, en algún momento de la evolución algunas mujeres con experiencias fueron designadas como las "mujeres sabias" para atender el parto. De manera que la asistencia del parto fue considerado como una función social a través de la historia y el origen de este rol, probablemente no sólo es cultural, sino que existe un determinismo genético en la conducta humana que apunta a este fin. Así lo ha demostrado la etología (ciencia que estudia la conducta animal). La observación que en aquellos animales que viven en comunidad (delfines, elefantes, etc) también disponen de un rol de una hembra que apoya a otra hembra durante la etapa reproductiva.

Por esta razón se considera la comadrona o partera como una de las profesiones más antiguas, los estudios étnicos sobre la posición en el trabajo de parto reflejan que

existió una tendencia universal de las mujeres primitivas para adoptar las posiciones que mas facilitaren y apresuraren el parto. La silla o piso obstétrico parece tener orígenes muy remotos y todavía es utilizada por algunas sociedades en el Oriente.

ANTECEDENTES BÍBLICOS

La función de la matrona está reconocida en diferentes versículos bíblicos, como lo es la desobediencia al rey de Egipto a ejecutar una orden:

"Además, el rey de Egipto habló con Sifra y Fúa, que eran parteras de los hebreos y les dijo: Cuando atiendan a las hebreas en los partos, fíjense en el sexo del recién nacido. Si es niña, dejenla vivir, pero si es niño ¡máténlo!

Sin embargo, las parteras tuvieron temor de Dios y no hicieron lo que el rey de Egipto les había ordenado. Entonces el rey de Egipto las mandó llamar y les dijo:

¿Por qué han dejado vivir a los niños?

-Porque las mujeres hebreas no son como las egipcias - contestaron ellas - Al contrario, son muy robustas y dan a luz antes de que nosotras lleguemos a atenderlas. (Exodus 1:15-22).

En otro pasaje la biblia relata:

"En el momento mas difícil, la partera le dijo: No tengas miedo que haz dado a luz a otro varón, pero ella estaba a punto de morir y en sus últimos suspiros llamó Benoni al niño aunque su padre lo llamó Benjamín." (Génesis 35:17; 38:28).

EGIPTO

Los historiadores también han encontrado antecedentes de prácticas de parteras en papiros egipcios como registros antiguos hindúes:1500 A.C, en el libro "Ayurvedas" se menciona el riesgo de los escalofrios y recomienda a las parteras que mantengan sus uñas cortadas como prevención.

La atención del parto en aquella época se encuentra representada por el parto de Cleopatra, donde se la observa pariendo un niño y asistida por cinco mujeres, una de las cuales recibe al niño, mientras otra le hace masajes en la espalda, las otras mujeres se encuentran para reemplazar y otra porta los símbolos del faraón.

GRECIA Y ROMA

Platón conserva un diálogo entre Sócrates (quien era hijo de una partera llamada Fenarete) y su discípulo Testeto, a quien le enseña el arte y las prácticas de las parteras de la época, probablemente aprendidas de su propia madre.

Hipócrates (siglo V A.C.) antiguo médico griego, escribió que "los médicos hombres estaban llamados para asistir los partos dificultosos, pero que el manejo del parto normal era del reino de las matronas".

Las parteras funcionaban como proveedores de salud autónomos durante los ciclos reproductivos de la mujer. Durante este período se impusieron algunos requisitos, p. ej: en Grecia la partera era una mujer que había tenido un niño, este requisito se ha perpetuado en muchas culturas incluso hasta la actualidad.

LAS PARTERAS EN EL MUNDO ROMANO.

El nacimiento de un niño es un evento importante en cualquier cultura pero además, constituye un gran riesgo de muerte para la madre y el niño. Si pudiéramos hacer algunas estimaciones sobre la mortalidad asociada al nacimiento en la antigüedad, podríamos reconstruir con algún detalle las descripciones de la maternidad greco-romana y tener una visión de las madres atendidas en esa época así como de las mujeres quienes atendían: Las parteras.

Los problemas del nacimiento deben haber producido gran ansiedad en los afectados. Julia, hija de César murió durante el parto. El joven Plinio reportaba que las dos hijas de un amigo fallecieron durante el parto y el filántropo Herodes Stticus, quedó muy afectado cuando su primer hijo murió al nacer. Así por. ej: si proyectamos las peores mortalidades del mundo moderno tendríamos que suponer que el 5 % de los niños morían antes de cumplir los 28 días y que cinco mujeres cada 20.000 fallecerían durante el proceso de maternidad.

Tanto Plinio como Sorano nos dan algunos detalles de las prácticas obstétricas y de las parteras de ese entonces, además Celsus y Galeno complementan esta visión en otros escritos. Tenemos la ventaja que ambos Plinio y Sorano enfocan el cuidado del nacimiento de maneras diferentes, Plinio se refiere a la medicina folklórica y Sorano recomienda las prácticas aceptadas por la profesión médica.

PLINIO Y LA MEDICINA FOLKLÓRICA.

Plinio el Viejo (23-79 D.C.) cuyos libros XX - XXXII tratan exclusivamente de Medicina, son interesantes por muchos datos curiosos sobre plantas y drogas y además, por las consideraciones sobre la medicina romana. Sus libros fueron los mas leídos hasta la Edad Media.

Las descripciones de Plinio se relacionan con las prácticas para apurar y facilitar el parto. Decía que los niños son mas fáciles de parir que las niñas. La grasa de hiena produce parto inmediato en madres con dificultades, la pata derecha de una hiena

facilita el parto, en cambio la pata izquierda produce la muerte. Beber una mezcla con polvos de estiércol de cerda calma el dolor al igual que la leche de cerda con vino y miel. El parto puede ser facilitado bebiendo semen de ganso mezclado con agua (El semen tiene alto contenido en azúcar). Las raíces de verbena en agua (planta de flor rosada que ha sido utilizada para la fiebre, resfríos y alteraciones nerviosas), scordotis en hydromiel (probablemente relacionada con el ajo y se usaba como antiséptico, sudorífico y antiinflamatorio) y hojas de Ditania (planta de flores rosadas) se utilizaban en las mujeres. Plinio recomendaba el uso de amuletos, p.ej., colocar una placenta de perro o bien la piel de una serpiente en las caderas. Una pluma de buitre podría ser colocado bajo los pies de la mujer. Es difícil precisar si estos tratamientos eran eficaces o dañinos, es comprensible que en la actualidad nadie esté dispuesto a experimentar con ello por el riesgo de infección, pero tampoco hay que subestimar el efecto placebo de estos tratamientos.

Plinio también recomendaba medios para extraer la placenta como gusanos o membranas secas de cabra en vino, etc. Plinio era un hombre educado y sofisticado, describió el vasto reservorio de prácticas, no dió luz sobre sus orígenes, pero se cree que en éstas prácticas se basaba la atención en el mundo greco-romano. Además, eran muy personalizadas con la madre, ella se encontraba en casa, no en un medio extraño ni desconocido, no se le dejaba sola, permanecía en constante compañía de parientes femeninos y la partera, quien la apoyaba y la distraía en los momentos de dolor. Desde el punto de vista emocional, la atención en esta época era preferible a los procedimientos impersonales de los hospitales modernos.

SORANO Y LAS PARTERAS.

Con el médico Sorano de Efeso, siglo II D.C., discípulo de la Escuela Metodista de Asclepiades, es la autoridad mas importante en el campo de la Ginecología, Obstetricia y Pediatría en la antigüedad. Probablemente de Sorano deriva el tratado obstétrico Mosquión (siglo VI D.C.). En sus escritos encontramos actitudes y creencias mas familiares al mundo moderno. Hace una distinción entre la partera (maia) y el médico obstetra (iatros gynaikeios). Describe la "buena partera" quien debe saber leer y escribir para estar informada, ser juiciosa, tener buena memoria, amor al trabajo, ser respetable y sin deficiencias sensoriales, extremidades sanas, robusta, dedos largos y uñas cortas, disposición empática (no era necesario que tuviera hijos), manos suaves, probablemente así no producía daño a la madre ni al niño.

Sorano no sólo se refería a las parteras para asistir nacimientos, hace referencias que algunos casos difíciles pueden ser atendidos por un médico hombre, pero la literatura es clara que el nacimiento era atendido por parteras.

En la comedia Anffitrión de Platón, Alomena tiene gemelos sin nadie presente. Sin embargo, el paralelo es Hércules que era tan fuerte que la ausencia de la partera no debería haber tenido importancia,

En la Roma occidental, la situación parecía ser algo diferente, observando cementerios antiguos, entre cientos de epitafios sólo 16 recuerdan a parteras, nueve pertenecen a la noble casa de Roma o son miembros de la Casa de César. Parece razonable creer que las casas grandes tenían sus propias parteras. Sólo una murió como esclava y las otras parecían ser mujeres libres. Esto apoya la hipótesis que la profesión de partera no era una profesión atractiva para las mujeres libres, sino mas bien las parteras eran de orígenes serviles. La profesión de partera podía ser practicada exitosamente hasta edades avanzadas. Las parteras eran generalmente valiosas, con ingresos suficientes para ganar su propia libertad.

Los nombres de las parteras confirman la hipótesis del origen servil, de trece inscripciones 8 tienen nombres griegos y 5 latinos (Secunda, Imerita, Hilara, Veneria) desgraciadamente no se ha podido precisar si eran esclavas, mujeres libres o hijas de mujeres libres que nacieron, se criaron y fueron entrenadas en Italia o bien, fueron traídas a Roma desde el Oriente. El entrenamiento a las parteras comenzaba precozmente, así un epitafio recuerda a Poblizia Aphe, fallecida a los 21 años y dos fallecidas a los treinta años.

A pesar de las escasas evidencias sobre la preparación de las parteras, es posible la hipótesis que las mejores entrenadas vinieran del Oriente, en donde las parteras fueron profesiones más estimadas y con más prestigio que en occidente. También parece probable que los romanos se aseguraron la experiencia médica comprando esclavos altamente educados desde oriente.

Cualquiera que fuese el entorno socio-economico de las parteras, sus servicios no eran baratos. Periplectomenus se quejaba que las mujeres siempre pedían mas dinero, incluso las parteras. Numerosas disposiciones legales romanas sugerían que las parteras tenían status y remuneraciones semejantes a los médicos.

Pero existían personas que simplemente no tenían dinero para pagar una partera capacitada, existían parteras que trabajaban por bajos honorarios. Lo que las mujeres mas pobres hacían, no se sabe a ciencia cierta, era recurrir a parientes mujeres para que las atendieran.

En relación a la selección de parteras, en ello influía algún tipo de sueño visionario que podían tener, en donde se les enseñaba las habilidades y el conocimiento de la profesión. No sabemos como llegaban a ser parteras en el mundo greco-romano, pero probablemente los sueños influían en la selección.

SORANO Y LA OBSTETRICIA

Sorano describe la implementación detallada para un parto normal, la partera debía tener:

Aceite de oliva limpia, agua caliente, cremas calentadas (para aplicarlas al cuerpo), esponjas de mar suaves, piezas de maderas (no se precisa para que, probablemente por propiedades mágicas de la madera), vendajes (para el recién nacido), un almohadón (para colocar el recién nacido), sustancias para oler (manzanas, limones, melones, etc), un piso o silla (propiedad de la partera), dos camas (una dura para el trabajo de parto y otra suave para el post parto) y una pieza adecuada con temperatura moderada.

Sorano además, describe el piso de la partera, usada en el parto con la madre sentada, el piso en su centro tiene un orificio para extraer al niño (En forma de omega). En los casos que no se disponía, la madre se sentaba en las faldas de otra mujer. Al inicio del trabajo de parto, el equipo necesario estaba listo, la madre acostada en la cama dura, calmando el dolor con masajes con aceites de oliva y con botellas con aceite entibado en los costados, cuando se iniciaba el proceso de dilatación, la partera le ayudaba con su índice izquierdo untado en aceite de oliva. Cuando el cervix se dilataba al tamaño de un huevo la madre era trasladada al piso, a menos que la madre estuviera muy débil y en ese caso el parto ocurría en la cama dura.

En el momento del parto, la partera necesitaba tres asistentes que se paraban a ambos lados de la silla y a la espalda de la madre, estas asistentes debían ser capaces de calmar la ansiedad de la madre, la asistente que estaba detrás debía ser lo suficientemente fuerte para mantener la madre controlada, se le colocaba una pieza de tela en el ano para evitar hemorroides y la contaminación con materias fecales. La partera se sentaba por delante y se aseguraba que todo anduviera bien.

Probablemente todas las parteras esperaban que la madre efectuara el trabajo de expulsión del feto, no existía indicación de episiotomías, la partera instruía a la madre como respirar y pujar durante las contracciones. En un parto normal, la partera podía abrir suavemente el cervix (probablemente se refería al perineo) para ayudar la salida de la cabeza y hombros, después del cual extraía suavemente el resto del cuerpo. La partera, también se preocupaba del cordón umbilical y la extracción de la placenta.

En el libro IV de su tratado Sorano discute los partos complicados (pelvis estrecha, malnutrición, obesidad, etc), además reconoce que la actitud de la madre era importante para facilitar el parto, por eso les recomendaba que las parteras debieran ayudar a las madres a desterrar temores y ansiedades. También notaba que las madres

inexpertas eran mas difíciles como también aquellas que no creían que estaban embarazadas. Sorano también daba recomendaciones para la atención de partos en que el feto está en dificultad o bien está muerto.

CUIDADOS DE LA MADRE

Los únicos escritos al respecto, dicen relación con el cuidado de las mamas, incluyendo el tratamiento de la congestión e inflamación. Recomendando medidas preventivas como masajes con esponjas o vendajes apretados. En los casos de inflamación sugería pastas con pan, agua y aceite de oliva, si existía supuración indicaba cirugía. Sorano también recomendaba como detener la lactancia en aquellas madres que no querían amamantar. La madre permanecía bajo el cuidado de la partera varios días después del parto y probablemente también el recién nacido.

Si comparamos las recomendaciones sobre el cuidado de las mamas de Plinio y Sorano, las primeras no sólo son inútiles sino que peligrosas y atentan contra la lactancia. Plinio recomendaba el consumo de deposiciones de rata diluida en agua de lluvia y leche de burra para la congestión. Masajes de las mamas con sangre de cerda, grasa de ganso, y telarañas, gusanos de tierra para extraer el pus en las mastitis, gusanos en vino para estimular la lactancia. y otras recomendaciones de este estilo. Se supone razonablemente que la mayoría de las madres seguían estas recomendaciones, pues sólo algunas tenían suficientemente dinero para pagar parteras entrenadas y probablemente ellas estaban concentradas en zonas urbanas.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN EL PARTO.

Una vez nacido el niño, la partera lo examinaba para ver la existencias de malformaciones, aparentemente hacía la recomendacion inicial si el niño era sano y susceptible de ser criado. Sorano sugería varios test sobre su salud: Primero, al acostarlo debía llorar vigorosamente, si no lloraba o lloraba debilmente era sospechoso. Segundo, su cuerpo debía ser normal, al abrir los oídos, nariz, uretra y ano debiera estar limpios. Finalmente, presionando los dedos en la piel, debería obtener reacción indicando la sensibilidad del niño. Sorano también instruía a las parteras como evaluar la salud durante el embarazo y la duración de la gestación. (Se creía que el período de gestación duraba entre 7 a 10 meses, pero sin atención prenatal era difícil determinar la duración del embarazo). Podríamos suponer en que casos el niño era considerado no viable y probablemente la recomendación estaba basada en las posibilidades de sobrevida o la manifestación de anomalías congénitas severas.

En la biografía de Clodius Albinus se comenta que los niños deben ser rojos al nacer, Sorano no menciona el color de la piel como indicador de estado de salud..

Para seccionar el cordón, se recomendaba usar un cuchillo y rechazaba otros métodos supersticiosos, Sorano decía que algunas parteras usaban pedazos de vidrio, un trozo de caña e incluso pedazos finos de pan duro y que podrían producir enfermedad en el niño, estableciendo un nexo entre los materiales sucios y enfermedad. En lugar de cauterizar el cordón, recomendaba ordeñar suavemente el cordón y ligarlo con un trozo de lana firme.

Oribasius recomendaba seccionar el cordón a 4 dedos de distancia con un cuchillo afilado, después de cortado debiera exprimirse suavemente la sangre del cordón y enseguida ligar con un pedazo de algodón.

Ligado el cordón, se limpiaba el niño, Sorano recomendaba que la partera rociara al niño con una moderada cantidad de sal fina, el natrón (carbonato de sodio hidratado como polvos de hornear) o afronita (nitrato de sodio o potasio). Estas sustancias eran astringentes suaves, cortaban los residuos de líquido amniótico, vernix y placenta de la piel del niño y protegía la piel de rash, en cambio producían sequedad de la piel. Sorano sugería mezclar la sal con miel, aceite de oliva, jugo de cebada para proteger la piel. Esta emulsión debía ser removida con agua caliente y repetido el procedimiento una segunda vez, limpiando el mucus de la nariz, boca y ano. Recomendaba poner un poco de aceite de oliva en los ojos y colocar un pedazo de tela empapada en aceite en el cordón.

Según Horacio, se creía que las parteras realizaban otras acciones como lavar las ropas manchadas con sangre usadas en el parto. Incluso algunas parteras traían consigo las ropas que iban a utilizar.

En resumen, la gran mayoría de las romanas recibían probablemente, cuidados de parteras que seguían las recomendaciones de Plinio, estas prácticas de Medicina folklórica no se perfeccionaron para tener nacimientos con menos riesgos, en todo caso, es evidente que las prácticas de las parteras, apuntaban hacia apoyar emocionalmente a las madres.

Existen evidencias que en el mundo helénico, las parteras tenían mayor status que sus pares en la Roma occidental. Aun cuando, algunas mujeres libres eran parteras por profesión, una proporción de ellas eran hijas de mujeres de clases mas bajas. Algunas llegaron a ser obstetras de renombre.

Para las elites superiores la maternidad era mejor, la literatura médica y el arte de la época demostraban que algunos médicos y parteras empleaban técnicas que eran poco probable que dañaran a la madre y el niño. Parece razonable pensar que las tasas de mortalidad de la madre y el niño variaban dependiendo de la condición

socio económica y donde la familia tenía que elegir entre medicina tradicional (folklórica) y la medicina mas profesional.

EDAD MEDIA.

La profesión de parteras continuó sin mayores cambios, en sus prácticas usaban hierbas y pociones como antecesoros de los farmacéuticos mas modernos. En ésta época, el aprendizaje de conocimientos y habilidades se daba a través de generaciones, sin el desarrollo de un sistema formalizado de educación universitaria. De manera que no se beneficiaron con el desarrollo de las Escuelas de Medicina salvo en algunos países que organizaron programas formales

En los años 1000 Trotula, quien era doctora en Salerno escribió el libro *De Passionibus Mulierum Curandarum, De Aegritudinibus Mulierum De Curis Mulierum*, conocido como simplemente Trotula que describe e ilustra diferentes posiciones y malpresentaciones del niño.

RENACIMIENTO (1453 - 1600)

Se estima que el Renacimiento fue el peor período de la Obstetricia para su desarrollo. Se tiene poca información de la Obstetricia medieval pero puede ser juzgada por la degradación que experimenta en el siglo XVI. En el parto normal, la mujer se salvaba o fallecía debido a la fiebre puerperal o a la eclampsia. El resultado en partos atendidos por curanderos o cirujanos vagabundos era fatal. Por ley y costumbre, eran las parteras las que asistían el nacimiento.

Dr. Werth, Hamburgo. (1522) murió en la hoguera por suplantar a una partera. Quería estudiar obstetricia en el terreno de los hechos.

En 1580 en Alemania, se promulga una ley para impedir que vaqueros y pastores atendieran los casos obstétricos.

Los cuadros del Renacimiento nos dan la información sobre las características de la atención, se observa las salas de parto llenas de personas que se cruzaban en todas las direcciones.

Los abusos obstétricos fueron remediados por reglamentaciones como sucedió en Ratisbona (1555), Franckfort (1573) y Passau (1575). En 1588, en Londres, se otorgaba licencia a las parteras con la condición de no dar información ni mostrar material quirúrgico a los varones: "objetos que esconderá ud. señora partera y no abrirá ningún material perteneciente a su oficio en la presencia de ningún hombre a menos que sea necesario o que grandes o urgentes causas lo obliguen a ello".

La cita bíblica se tomaba al pie de la letra, " Parirás con dolor a tus hijos" (Génesis 3:16), así Agnes Simpson fue juzgada ante el rey de Escocia y condenada por ayudar a buscar alivio al dolor a una dama de rango ante el nacimiento de uno de sus hijos.

En el siglo XVI, existe un informe médico legal (15-5-1545) de Mariette de Garrigues, de 15 años, quien acusó "de ser violada, desflorada y desvirginizada". Las parteras Jeanne de Mon, Jeanne Verguire y Beatrice Laurade, por orden del Juez de Espere en Bearn "examinaron y observaron todo a la luz de tres velas".

SIGLO XVII

Durante este siglo, la Obstetricia está representada por las obras de Mauriceau, de la Motte, Portal, van Deventer, Roonhuyze y de las parteras Louise Bourgeois, quien atendió los seis partos de María de Medici, Justina Siegmundin "Comadrona de la Corte del Electorado de Brandenburgo" cuyo tratado escrito en 1690 provocó rechazo por haber sido escrito en alemán, además cabe señalar a la mítica o no existente Jean Sharp quien escribió "*El compañero completo de la comadrona*" publicado en Londres en 1671.

Uno de los personajes mas importante de la época fue François Mauriceau (1637-1709), su trabajo sobre la mujer embarazada y durante el puerperio (1668) fue una especie de canon para aquellos tiempos, relata el modo de conducir el parto normal, la versión y el manejo de la placenta previa, además corrigió la opinión que los huesos pelvianos se separan durante el parto, que la salida del líquido amniótico es una acumulación de sangre menstrual, se refirió al embarazo tubario, a las complicaciones del cordón umbilical y a la fiebre puerperal epidémica. También su libro relata las aventuras con Hugh Chamberlain, hijo del inventor del forceps (Peter Chamberlain. 1634)

Paul Portal de Montpellier, escribió un tratado en 1865 que se refería a las posiciones de cara que tenían un curso normal de parto.

Hendrick van Deventer, holandés, escribió el *Novum Lumen* (1701). Ha sido considerado el padre de la Obstetricia moderna, porque su libro hace una descripción exacta de la pelvis y sus deformidades y sus efectos en las complicaciones del trabajo de parto.

Hendrick van Roonhuyze, fue muy hábil en la operación cesárea. Escribió "*Heelkonstige Aanmerkkingen*" (1663) es la primera obra de ginecología quirúrgica considerada como moderna.

Van Roonhuyze y Van Deventer hicieron bastante para mejorar el estado y la educación de las matronas en Holanda, hechos que fueron seguidos por sus sucesores en Amsterdam.

Siglo XVIII

Al principio del siglo 18, la obstetricia estaba exclusivamente en manos de las mujeres. Después de 1800 un creciente número de barberos-cirujanos y médicos empezaron las prácticas de la obstetricia. Al mismo tiempo, el entrenamiento vocacional y calificaciones de mujeres obstétricas aumentaron considerablemente, se fundaron Escuelas de Matronas con prácticas hospitalarias. En estas escuelas fueron entrenadas un número limitado de matronas. Se desarrolló una jerarquía dada por: primero médicos, enseguida los barberos-cirujanos, matronas y curanderos. Aun cuando las matronas eran excluidas de la obstetricia operatoria, alrededor del 90 % de los embarazos eran normales y los médicos y barberos-cirujanos no tenían ningún interés en su atención.

El alto estrato social de los médicos universitarios, los altos honorarios y el notable sentido de vergüenza de las embarazadas desmotivaron la demanda de los obstetras académicos. Por siglos, fue tabú para los hombres atender el parto.

FRANCIA

Durante el siglo XVIII se destacan los siguientes hechos en Francia:

En 1720, Gregoire inicia una instrucción privada para partos en Paris.

En 1721, Jean Palfyn reintroduce el forceps, La Motte (1665-1737) extiende la versión podálica en las presentaciones de cabeza, Camper (1722-89) propone la sinfisiotomía, Baudelocque padre (1746-1810) inventa el pelvómetro, Levret (1703-80) perfecciona el forceps.

En 1797 Baudelocque, padre, dirigía una Escuela para Parteras en la Maternité.

INGLATERRA

Durante el siglo XVIII en Inglaterra hay que destacar los siguientes eventos:

William Hunter (1718-1783), egresado de la Universidad de Glasgow, llegó a ser el principal obstetra de Londres. Su obra mas famosa fue "*Atlas del útero ocupado*". Descubrió la decidua refleja y la circulación materno-fetal.

Se crea la Escuela para parteras en Edimburgo (1726), Inglaterra (1724), Dublin (1746), Por otra parte, se inician las cátedras de parto en Edimburgo (1739), Dublin (1743) y Glasgow (1815).

Se funda el Hospital Británico para partos (1749) y el Hospital de Partos de la ciudad de Londres (1750).

En 1752 inicia las actividades el Hospital de la Reina Carlota y en 1763 se abre una policlínica obstétrica en el Hospital Meath. Dublin. Además, 1757 inicia las actividades del Hospital de la Rotonda de Dublin.

En 1773 Charles White, Manchester publica su obra "*Partos asépticos*", la que constituye una temprana visión sobre la limpieza quirúrgica.

El Mecanismo del parto fue considerado por múltiples autores (Deventer 1701), Ould en "Tratado sobre partos" (1742), además de Smellie, Levret, Fried, Roederer, Camper, Berger, Saxtorph y Jens Bang.

ALEMANIA

Durante este siglo destaca en Alemania la creación de varias Escuelas para obstetras y otras para parteras:

En 1728 empieza una Escuela de Instrucción Obstétrica en Estrasburgo. En 1751, en Berlín se inaugura una Escuela para Obstetras y otra Escuela para Parteras, Tubinga (1759), Berna (1782), Cassel (1760), Jena (1788), Marburgo (1790) y Wurzburg (1778)

Durante 1737 inicia una Escuela para parteras también en Estrasburgo.

AUSTRIA

El año 1748 inicia sus actividades una Escuela para parteras en Viena y en 1751 Röderer en Gotinga, inicia una escuela para instrucción de obstetras hombres.

ITALIA

Se abren Escuelas para parteras en Piamonte (1728). Padua (1769) y Roma (1786)

SIGLO XIX

Durante el siglo XIX la obstetricia y la profesión de matronas continúan el crecimiento experimentado en el siglo anterior destacándose:

René Laennec (1819) quien inventa el estetoscopio, el cual es utilizado por Kergaradec (1821) quien extiende su uso del estetoscopio para auscultar los sonidos fetales cardíacos.

Evory Kennedy (1833) relaciona los latidos fetales anormales con la disminución del bienestar fetal.

John Moir (1836) comunica los efectos de la contracción uterina en el corazón fetal.

John Charles Weaver Lever (1843) fue el primero que describe el edema de pelvis y parpebral y la albuminuria, llamaba la atención que estos síntomas desaparecían lentamente después del parto y que fueron asociados posteriormente a la eclampsia.

Dr. James Young Simpson of Edinburgh (1811-1870) es el primero que usa el cloroformo para aliviar los dolores de parto (1847). El uso de estos anestésicos fueron rechazados por mucha gente quienes atribuían a los dolores un mandato religioso. También se pensaba que estos dolores inducían el amor materno. También, aportó un tipo de forceps que lleva su nombre.

Oliver Wendell Holmes (1809-94) En 1842 leyó en Boston Society for Medical Improvement el ensayo críticamente aclamado "*Sobre la Contagiosidad de la fiebre puerperal*", (The Contagiousness of Puerperal Fever) afirmando que las mujeres durante el parto no debieran ser atendidos por médicos que hubiesen estado realizando autopsias ni manejando otros casos similares, posteriormente esta apreciación es apoyada por la gran obra de Semmelweis.

Ignaz Philipp Semmelweis (1818-65), quien fue ayudante en el servicio obstétrico del Allgemeines Krankenhaus de Viena, donde uno de los pabellones tenía una frecuencia alta de fiebre puerperal, sus observaciones lo llevaron a sospechar su génesis, el pabellón con frecuencia mas alta estaba a cargo de estudiantes de medicina que llegaban de las salas de autopsias o bien de examinar a otras pacientes enfermas, en cambio el otro pabellón estaba dedicado a instrucción de las parteras, quienes prestaban gran atención a la higiene personal. Aplicó normas rígidas de asepsia alcanzando resultados sorprendentes en el pabellón afectado. Por sus proposiciones fue incomprendido y perseguido, se trasladó a Budapest donde publica *La causa, concepto y profilaxia de la fiebre puerperal*, finalmente muere afectado por un estado de locura, convirtiéndose en uno de los mártires de la obstetricia. En 1879, Louis Pasteur descubre al Streptococo hemolítico como la causa de las infecciones puerperales.

McClintock (1876) da cuenta que los malos resultados fetales estaban asociados a la disminución de la frecuencia cardíaca fetal.

Etienne S. Tarnier (1877) publica una descripción del forceps con eje de tracción que lleva su nombre.

Carl Siegmund Franz Credé (1819-92) de Berlín, director de ginecología y obstetricia de la Charité (1852) y profesor en Leipzig, introdujo el método para extraer la pla-

centa por expresión manual externa y la prevención de la conjuntivitis blenorragica mediante la instilación de nitrato de plata en los ojos del recién nacido.(1884), cinco años antes Siegmund Neisser, un joven dermatólogo de 24 años había descubierto el gonococo.

John Braxton Hicks (1825-97), de Londres, hizo historia por la introducción de la versión podálica mediante maniobras externas e internas, también son suyas sus observaciones sobre el estado de útero en las dificultades del trabajo de parto (1867) y sobre las hemorragias ocultas accidentales (1872).

Friedrich Trendelenburg (1888) propone una posición operatoria cuyas características son aun utilizadas en nuestros días.

ESTADOS UNIDOS

En Estados Unidos entre el siglo XIX y XX se dió un cambio significativo entre la atención del parto centrada en el hogar hacia un evento hospitalario tecnificado dominado por médicos varones.

Durante el siglo XIX, la mayor parte de las mujeres tenían sus partos en casa y era considerado un ritual. Las vecinas se involucraban en su organización, cuidado de los niños y la preparación para el nuevo ser. Muchas mujeres se involucraban incluyendo la partera local, quien pertenecía a la comunidad y sabía de mujeres embarazadas. En la medida que los médicos varones aumentaban, los llamaban para aquellos casos difíciles. El médico era considerado un consultor. La mayor parte de las mujeres estaban para ofrecer la primera ayuda en relación al nacimiento. Estas mujeres tenían la experiencia con sus propios hijos o la experiencia de haber ayudado en partos en el vecindario. Así el nacimiento era considerado un evento normal y ni los proveedores ni la embarazada tenían ninguna conducta en relación al cuidado prenatal.

La alta mortalidad materna e infantil llamaban la atención, pues se concentraba en los sectores de mas pobreza con falta de cuidado prenatal y limitaciones en la atención del parto. Los médicos, bien organizados, convencieron facilmente a la sociedad del llamado "problema de las parteras". De acuerdo a los médicos mas jóvenes, el nacimiento era una condición médica complicada que requería profesionales especialmente entrenados.

Por otra parte, en esa época los hombres tenían acceso a la educación y a un status superior a la mujer. La introducción del forceps fue un estímulo a la práctica porque la costumbre tradicional no permitía su uso a las parteras.

Un aumento significativo de mujeres buscaron a los médicos para tener experiencias menos riesgosas, pero no se observó ninguna modificación en los indicadores de mortalidad materna e infantil. Por otra parte, debido a la atención médica emergieron nuevos problemas como complicaciones por sobreutilización del forceps, infecciones, problemas anestésicos y hemorragias.

Así la partera se convirtió en el símbolo de lo antiguo, pasado de moda, confinamiento del parto al hogar. El Dr. J.D. Mason (Dpto. de Higiene infantil. Maryland) señalaba: "Es algo presuntuoso incluso para los obstetras bien calificados condenar a las parteras en general, cuando nuestra experiencia en el mundo es que en aquellos países donde la partera desarrolla la mayor parte de la atención obstétrica tengan las más bajas tasas de mortalidad materna." . Por otra parte, en 1930 la conferencia de la Casa Blanca sobre Salud y Protección del Niño concluye que: "Parece posible que todos los avances en el conocimiento médico se han perdido para la parturienta por recurrir demasiado a los instrumentales del parto", (Litoff, Judy. *The American Midwife Debate*. Connecticut: Greenwood Press, 1986)

En Estados Unidos se inició una campaña a principios de siglo con el objeto de mejorar el nivel de la obstetricia. Esta campaña fue tan exitosa que en la actualidad las mujeres han asumido que el nacimiento es un proceso complicado y riesgoso que sólo puede ser atendido en un hospital bajo la atención de un médico. Pero en este país no se ha considerado que, en otros países con mejores estadísticas que Estados Unidos, han incorporado la matrona como profesionales a nivel primario de atención. La OMS ha considerado que esta falla en la incorporación dichas profesionales ha repercutido en no mejorar las estadísticas como a su vez es responsable de los altos costos de la atención.

El fenómeno social experimentado a principios de siglo en las matronas en Estados Unidos está bien documentado por Faith Gibson en su análisis que denomina:

EL PLAN OFICIAL PARA ELIMINAR A LAS MATRONAS. 1900 - 1930

La autora hace una extensa revisión basada en documentos de la Universidad de Washington con el objeto de demostrar la eficacia del cuidado de la matrona. Además hace un análisis de los eventos que llevaron a la eliminación de la independencia de la matrona.

Señala la autora que el valor de la maternidad basada en atención por matrona en mujeres sanas, obstetras en embarazos complicados, lactancia libre demanda y estímulo para el vínculo madre e hijo han sido bien documentadas en las estadísticas del área materno-infantil. Este método de óptimo costo-efectividad se ha asociado con tasas bajas de morbilidad y bienestar a largo plazo de madres e hijos.

Entre 1900 y 1930 se publicaron una serie de documentos en "*Transacciones para el estudio de la prevención de la mortalidad infantil*" los cuales significaron una campaña oficial para desplazar la práctica independiente de las matronas. A pesar que en estos documentos se registraba la eficacia de la atención por matrona en la época, la historia de la Escuela de Obstetricia en N.Y, y sus excelentes estadísticas. En estos documentos se señalaban además, como los indicadores de salud materno infantil se deterioraban en la medida que estas profesionales eran desplazadas.

La campaña produjo un daño irreparable, en la medida que insistía que solo los cirujanos podían proveer servicios durante el nacimiento, se perdió la filosofía y principios de la atención del parto, siendo reemplazada por una atención de alta tecnología, centrada en el hospital y de alto costo.

Durante ese período en Estados Unidos, se experimentaba una alta tasa de mortalidad materna que no correspondía a las prácticas de la matrona, por lo tanto el desplazamiento de la matrona en sus funciones no se manifestó en reducción de las tasas.

Por otra parte, la formación de matronas en Alemania, donde permanecían seis meses en un hospital estatal era superior a la formación de los médicos antes de su graduación. En Estados Unidos en la ciudad de Nueva York se inicia la primera Escuela de Obstetricia bajo control municipal (1911).

El plan maestro para abolir las matronas no estaba basado en una deficiencia categórica de las profesionales ni a un nuevo descubrimiento que hiciera que sus conocimientos estuvieran obsoletos. Historicamente en Estados Unidos la atención era más segura que las efectuadas por los médicos. Así p.ej.: En 1917, la mortalidad neonatal de niños atendidos por matronas era 25.1 x 1000, y los atendidos por médicos 38,2 x 1000 nacidos vivos, estas cifras rechazaban el cargo de alta mortalidad en las matronas. Por otra parte, en 1927 el parto operatorio era entre 10 y 30% más alto en EUA que en los países escandinavos.

Anteriormente en 1907, la Corte Suprema de Massachusetts declaró que la práctica de matrona era una práctica ilegal en la Medicina. Pero paralelamente se llamaba la atención sobre el aumento del traumatismo obstétrico.

En 1900 el 50 % de los nacimientos en EUA eran atendidos por matronas. En la mayoría de los países europeos Suecia, Dinamarca, Noruega esta cifra llegaba a un 85 %. En 1935 en EUA era 12 % y en 1972 el 1%. Por otra parte, en 1997 en los países escandinavos el 70 % de los nacimientos son atendidos por la matrona.

El testimonio del Comité de Atención Prenatal en la Conferencia en la Casa Blanca (1931) sobre Salud Infantil, llamaba la atención sobre el rol mas espectante que tenían las matronas en el parto, en cambio los médicos eran mas intervencionistas por el hecho de conocer procedimientos.

En 1975, Dr. Neal DeVitt, MD decía: "Durante el siglo XIX los obstetras en Inglaterra mostraban la naturaleza científica de la profesión en cambio en EUA, la dignidad de los obstetras se pensaba que estaba amenazada por las matronas. De manera que la base de la campaña fue el deseo de los obstetras en expandir su influencia y aumentar el status de la especialidad"

Entre los motivos que sostenían los médicos para suprimir las matronas se mencionaban:

- Una ley probada en Rochester que limitaba las prácticas de la matrona. (1896)
- El deseo de competir con las Escuelas de Medicina europeas.
- Aportar pacientes para el entrenamiento en las Escuelas de Medicina.
- Los partos atendidos por matronas eran considerados un malgasto de "material clínico".
- No aportaban a la formación de profesionales médicos.

Existió además una campaña de deterioro de imagen a través de sus características físicas, nivel de conocimientos, falta de conocimiento científico, falta de educación, pero estas opiniones eran generalmente subjetivas sin apoyo científico.

Las características de la Educación Médica estuvieron estrechamente relacionada con esta campaña:

En 1900 la Educación Médica en Estados Unidos estaba basada en técnicas teóricas: lectura de libros, clases y observación, de manera que los estudiantes no salían preparados en el manejo ni siquiera de casos simples, mas aún, con profesores de Obstetricia mal preparados.

Como se dijo anteriormente, las estadísticas demostraban que la atención por matrona era mas segura que las efectuadas por médicos mal entrenados. Esto se veía reflejado en otros estudios (Newark, NJ, 1921) que demostraban la menor frecuencia de fiebre puerperal entre los partos atendidos por matronas.

Los médicos tomaron diferentes posiciones: La abolición inmediata o gradual de las matronas, otros postulaban un entrenamiento y otros postulaban la creación de una Escuela de Obstetricia semejante a las europeas (Abraham Jacobi. 1912)

En 1910, El informe Flexner, hace una crítica a la deficiente formación de los médicos en EUA.: La historia de las Escuelas de Medicina no son un éxito completo, mas bien deplorable, con material escaso, profesores mal preparados. Además no se consideraba la población de mejor nivel económico para la enseñanza, se empezó a mirar a las poblaciones de clases inferiores, inmigrantes como "material clínico", dichas poblaciones eran atendidas por matronas en el nacimiento. Los profesores de la época pensaron la obstetricia (cuya imagen no era buena) como una rama de la cirugía y el nacimiento como un procedimiento quirúrgico. Este planteamiento no tenía bases científicas y además no consideraban los siguientes hechos:

El nacimiento en una mujer sana no constituye un riesgo y no se beneficia con procedimientos quirúrgicos. Mas bien es la pobreza, el trabajo y los embarazos no deseados constituyen los problemas esenciales de la madre y el niño, además, la rutina de procedimientos quirúrgicos pueden ser riesgosos para la madre sin siquiera solucionar los problemas de fondo como lo es la pobreza y el trabajo.

El mejoramiento de los indicadores de salud durante el presente siglo se debían a los avances en estandares de vida -condiciones sanitarias, educación, nutrición, vivienda, condiciones de trabajo y programas sociales y no sólo a la atención especializada.

Las estrategias utilizadas en la abolición de la independencia de las matronas se realizaron a diferentes niveles, mencionándose la propaganda que enfatizaba la seguridad en la atención del parto por médicos, desprestigiando la atención efectuada por las matronas. Sin embargo, existió un pequeño grupo de médicos que defendieron la atención de la matrona, esto se basó en el desarrollo antropológico e histórico de la profesión, sostenían que su existencia data desde los arbores de la humanidad, antecediendo el desarrollo de la medicina. El único punto en discusión podía ser el entrenamiento requerido y el marco legal para asegurar el manejo óptimo de la madre y el niño.

En relación a los servicios externos y domiciliarios, durante esa época la atención domiciliaria provenía de equipos de los hospitales cercanos, con buen éxito en sus indicadores, así p.ej., en los servicios domiciliarios la mortalidad era 1 muerte cada 317 mujeres y en el hospital 1 muerte cada 212 mujeres.

Desafortunadamente, los hospitales comenzaron a cobrar pequeñas cantidades para las mujeres que atendían, además, servían de "material clínico", esto se extendió posteriormente a otras poblaciones con el objeto de mejorar los ingresos de los hospitales, esta filosofía se basaba en el supuesto riesgo de atender el parto en casa.

Se identificó al Cloroformo y Forceps como "Los mejores amigos de la madre". La campaña incluyó la idea que el cloroformo y forceps eran formas de mejoramiento de la maternidad y que no era ético negar estos avances. Estos hechos coinciden además, con el status disminuido de la mujer en el período, las matronas eran consideradas "mujeres simples" que no sabían medicina. (Por esa época las mujeres, incluso no tenían derecho a voto.)

También se desarrollaron estrategias legales para la abolición de la profesión: Esta estrategia se basó en hacer ilegal la profesión, a través de leyes, regulaciones, renovaciones de licencia, mayores exigencias, evitar políticas de entrenamiento etc. Además se agregaron problemas de responsabilidad última en la atención debido a la coordinación en las derivaciones.

Se removió la palabra matrona del certificado de nacimiento. Sólo los médicos podían registrar el nacimiento, de manera que no se podían hacer análisis estadísticos, además entregó herramientas disciplinarias para los médicos que colaboraban con las matronas. Estas regulaciones están aun presentes en el estado de California.

Durante el período aparecen servicios sustitutos financiados por la Fundación Rockefeller and Carnegie. Estos servicios se organizaron como una forma de caridad para la atención de la embarazada y parto en poblaciones de más bajos recursos bajo la atención de alumnos de medicina. En 1960 se materializa esta iniciativa en la constitución del Medicaid que coordina la atención de indigentes con la educación médica.

Por último dentro de las estrategias se produce la división de la profesión de matrona entre médicos y enfermeras. Esta estrategia nace por razones netamente económicas, con el objeto de maximizar los ingresos de la atención delegando algunas funciones en la atención obstétrica. Así las enfermeras eran entrenadas para efectuar todo el trabajo del parto y postparto, con el médico como consultor cuando las cosas iban mal, además las enfermeras efectuaban el trabajo "práctico" en dichos períodos y desempeñaban el rol asistente en el trabajo de parto hasta que el doctor llegara y ayudándolo en el parto. (1922)

El fenómeno trajo consecuencias históricas que pueden resumirse en:

- Eliminación de los principios no intervencionistas durante el parto.
- Desaparece la atención domiciliaria.
- Aumentaron progresivamente los costos de la atención.
- Considerar el embarazo como un proceso patológico o potencialmente patológico.
- Atención del parto sólo por especialistas obstétricos.

Derivado de los problemas antes señalado, en la actualidad, en Estados Unidos se considera que los desafíos actuales que debieran superarse en la atención obstétrica pueden resumir en:

- Eliminar prejuicios en lugar de eliminar la profesión.
- Enfrentar el impacto económico del nacimiento.
- Valorar las capacidades y habilidades que posee la mujer en la atención de otra mujer, complementando estas capacidades con el desarrollo del conocimiento y la tecnología.
- Valorar el arte "de estar con mujer" (midwifery), consistente en la quietud del espíritu, paciencia con la naturaleza, las habilidades para orientar la buena crianza junto con el gran valor del conocimiento biomédico.

Esto ha llevado a las profesionales matronas a plantear la llamada "Filosofía de la Reconciliación", que está muy bien descrita por una pequeña historia acerca de Eleanor Roosevelt cuando ella era Madre y Primera Dama de Estados Unidos.

Cuando se le preguntó a quien pondría en primer lugar en su vida si su marido o los niños, respondió: Junto con mi marido coloco a los niños primeros. Esta anécdota debe tomarse como la relación ideal entre médicos y matronas a través de un trabajo en equipo que beneficie a la madre y el niño en lugar de un trabajo competitivo.

Paralelamente al comienzo del siglo XX, se inicia en Estados Unidos el primer servicio organizado: Servicio de Enfermería de Fronteras, fundado en 1925 por Mary Breckinridge, graduada en el Hospital St. Luke, quien posteriormente vivió en Francia y Londres recibiendo el certificado de matrona en 1925. Dicho servicio estaba destinado a la atención domiciliaria en los Montes Apalaches en Kentucky. Lugar inaccesible, con pocos caminos con una alta tasa de natalidad. En esta área la atención de la embarazada se efectuaba en condiciones muy primitivas, basada en un conocimiento empírico, mágico, impregnado de supersticiones. Inicialmente participaron matronas inglesas dado que existían pocas matronas en Estados Unidos.

Las enfermeras matronas del Servicio de Fronteras se desplazaban a caballo o mulas y se les asignaba un sector determinado, cada una tenía el certificado de la profesión, los indicadores de salud que obtuvieron eran mejores que el resto de la población. En 1935 se fundó un pequeño hospital en el área y posteriormente organizaron una Escuela de Obstetricia en Hyden. Kentucky. Al comenzar la Segunda Guerra Mundial retornaron a Inglaterra su país de origen.

En la actualidad existen en Estados Unidos tres tipos de matronas:

1. Enfermeras Matronas Certificadas que han sido entrenadas a través de programas aprobados por el American College of Nurse Midwifery (ACNM), Estos programas

están afiliados a una Universidad o Escuela de Medicina. Algunos programas son de un año (Programas certificados) o dos años (Programas de Maestría). Algunos estados requieren la Maestría para otorgar la licencia.

El programa de Educación para enfermeras matronas en comunidad es un programa a distancia que permite al estudiante estudiar en casa y tener experiencia clínica local.

En EUA existen sobre 4000 enfermeras matronas en esta categoría.

2. Matronas licenciadas o certificadas, reciben su entrenamiento a través de una educación formal en una Escuela, cursos por correspondencias, autoaprendizaje. Tienen que documentar las prácticas. En EU esta categoría es reconocida sólo en 29 estados, solo 17 otorgan licencias. Generalmente ejercen en los Deptos. estatales de salud, laboratorios, firman certificados de nacimientos o trabajan como asistentes médicos.

Existe un movimiento en la actualidad para que todas las matronas obtengan el título denominado Certificado Profesional de Matrona.

3. Matronas empíricas entrenadas a través de diversas vías, que no han obtenido licencias por diversas causas, en general forman parte de grupos religiosos que practican con grupos específicos. No perciben remuneraciones.

Con el aporte que hicieron Kennel y Klaus hace una década sobre el apoyo emocional en el parto, han aparecido en Estados Unidos un nuevo grupo de mujeres denominadas Doulas.

Las Doulas agrupan a mujeres experimentadas en nacimiento, que prestan apoyo físico, emocional y educación a las madres o parejas, la atención consiste en visita prenatal, asistencia según plan escrito, servicios de llamadas las 24 hrs, tiempo ilimitado con la madre, fotografía y video del nacimiento, apoyo para la lactancia, informe escrito del parto y apoyo en el postparto.

Para llegar a ser Doula se requiere algún conocimiento sobre el nacimiento, participan en un seminario de 2 a 3 días e incluye prácticas de relajación, respiración, posición, movimientos para reducir el dolor, masajes y medidas de confort. La certificación la ofrecen organismos nacionales e internacionales, para lo cual se requiere trabajo y educación en una maternidad, observaciones y clases sobre partos, lecturas y un examen escrito. También se requiere recomendaciones de doctores, madres y matronas.

En la actualidad las doulas se encuentran agrupadas en la Asociación de Doulas de Norte América y publican una revista "The International Doula".

El análisis que hace Faith Gibson ha llevado a plantear a Elvio Angeloni: *"El nacimiento en Estados Unidos esta pasando por una coyuntura importante.. La verdad de lo que*

realmente sucedió en Estados Unidos está siendo revelado desde la perspectiva de la mujer. El parto tecnificado tiene en la actualidad suficiente tiempo como para evaluar los aspectos positivos como negativos. Un cambio ha ocurrido que ha impactado la ubicación, estilo y responsabilidad en la atención del parto. Solo el tiempo dirá si este cambio va a ser cíclico o permanente. No existe el sentimiento de un regreso al pasado como también continuar ciegamente a un futuro, en todo caso será una elección que las mujeres tendrán que hacer. Un sistema que rescate los aspectos positivos de ambos sistemas podía surgir. Un sistema que considere muchas cosas tales como la seguridad y la dignidad humana. Si todas las mujeres fueran vistas como individuos en lugar de una correa de ensamblaje, toda la sociedad pudiera beneficiarse, las madres satisfechas podrían experimentar un alto sentimiento de autoestima y bienestar. Estas madres experimentarían su maternidad con amor y emociones positivas.

HOLANDA

Como ejemplo de los países del norte de Europa es necesario citar la experiencia de Holanda. La situación de las matronas en este país es única en el mundo. Las matronas holandesas y el sistema de atención materna son piezas fundamentales y a menudo se toman como modelo para otros países.

Lo que llama más la atención en el sistema holandés es el alto porcentaje de nacimientos en casas y la autonomía de las matronas. Las matronas son parte del sistema primario de atención "primera línea" y tienen la autoridad para decidir quienes continúan en atención primaria - con parto en domicilio, o estadías cortas en policlínicos donde puede ser visto por especialistas. Este modelo es opuesto a otros países donde son los especialistas quienes deciden el nivel de atención.

Esta condición se debe a cuatro condiciones en la que se apoya el sistema:

- 1) La posición protegida de las matronas, definida en 1865 en el "Acta de la práctica de la Medicina" en donde se dan prioridad a la atención de esta profesional. A las madres se le otorgan reembolsos en el sistema de seguros sólo en este tipo de atención.
- 2) Un sistema aceptado y estandarizado y claro de tamizaje para el embarazo de alto riesgo para definir los criterios de referencias.
- 3) Un sistema organizado de atención del parto en domicilio que permite continuidad de la atención.
- 4) El medio socio cultural de Holanda que mira el embarazo y el nacimiento como procesos fisiológicos normales.

En comparación con las matronas en Estados Unidos, las matronas holandesas no necesitan "recrear " la profesión. Los esfuerzos actuales están concentrados en ser

"más científicas" (no necesariamente tecnológicas) , apoyando activamente los aspectos positivos culturales y de la profesión, buscando reformas que permitan proteger la profesión y buscando nuevos elementos de la atención del parto.

Las matronas están agrupadas en la Organización Holandesa de Matronas (Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, NOV), mediante la cual tienen voz en las políticas que afectan su profesión. El gobierno consciente de los costos de salud, apoyan la atención del parto domiciliario por matronas porque las investigaciones demuestran consistentemente que disminuyen los costos y los resultados son iguales o mejores a los partos atendidos por médicos.

ESPAÑA

El siglo XVI constituyó la Edad de Oro de la Medicina en España, existían en ese entonces 7 universidades, los primeros médicos llegaron a América junto con Cristobal Colón, en el primer viaje Colón trajo dos practicantes: Maese Alondo y Maese Juan. En el segundo viaje llegó el médico Alvarez Chanca quien era acompañado por el barbero Melchor. En el cuarto viaje arriva Maese Bernal. Posteriormente vino una numerosa inmigración de médicos a las diferentes ciudades en América, así p.ej.: Morales fue el primer médico en Chile que llegó en el barco de Magallanes (1520). Maese Castro fue el primer y único médico que vivía en Santiago. Isabel Bravo, fue la primera partera desde 1568, pasó el examen de licenciada en 1578, después de haber demostrado a los alcaldes que sabía como asistir a un niño "entero y vivo" y además de atender todo tipo de patologías, así es la primera mujer reconocida en Chile y América dentro de la especialidad.

En los relatos de León y el Padre Sales (1794) se decía que la mujer se bañaba inmediatamente después del parto y se mantenía durante cuatro días en en una fosa entibiada en la tierra donde se cubría con ramas y tierra hasta el cuello y rodeada con piedras calientes para hacerla transpirar. El cordón se cortaba con una piedra, el niño era bañado en agua caliente y enterrado en cenizas para compensar la falta de ropa.

Muy poca atención se le prestó a esta rama de la medicina en el siglo XVIII, en general las parteras eran mulatas, indígenas y mujeres "sin Dios ni Ley". En 1648, una de ellas, mulata, cayó bajo las leyes de la Inquisición y fue sentenciada a azotes y exiliada por brujería. Bertolache se quejaba de la fe que tenían las mujeres en los consejos de las parteras, en la indicación de todo tipo de brebajes, maniobras para cambiar al feto de posición e incluso los baños puerperales.

AMÉRICA LATINA

La Colonia (1492-1808)

América no experimentó un crecimiento de sus razas indias, probablemente los

nómades mongoloides migraron hacia América entre 100 a 150 años A.C. desde Siberia por el mar de Bering, estudios genéticos mas modernos suponen que no fue la única ruta de migración.

En su evolución las culturas de México y Perú alcanzaron el desarrollo más alto. El médico del Emperador Inca (amautas) tenía su propio rango que se heredaba, en cambio los cirujanos (sircaks) y los curanderos pertenecían a rangos mas bajos. El conocimiento médico era una tradición familiar transmitido del doctor a sus hijos. Dentro de su cultura las embarazadas eran muy cuidadas y en su mayoría el parto no requería asistencia, a lo más, alguna ayuda de una vecina.

En la cultura Azteca, la enfermedad era un castigo del Dios de la Medicina (Xipelotec), poseían varios dioses relacionados con la biología humana Quezalcoatl, Dios de la fertilidad y la vida, Xolotl, Dios de las monstruosidades y aborto, Chihuacohuatl, Diosa de los gemelos, Ixtlilton Dios de los niños, Xochiquetzal diosa del embarazo, Chalchincueye, Diosa del parto.

Al igual que sus predecedoras, tanto en las Indias como en el Viejo Mundo, las parteras tenían por siglos la posesión de su campo especial, manteniéndolo hasta el día de hoy en diferentes lugares. La Tlamatquiticitl, aconsejaba a las novias y embarazadas, también atendía partos y al recién nacido.

Durante la colonia se hicieron constantes esfuerzos por parte de las autoridades para mejorar las capacidades de las parteras en su trabajo. En 1700, en Brasil se requería que las parteras pasaran un examen antes de ejercer. Un Decreto Real de Ferdinando VI en 1750 confiaba en el Protomedicato el deber de examinar y licenciar las parteras y prohibía a los cirujanos que ejercieran como obstetras a menos que pasaran un examen. En 1736 en Haití los servicios obstétricos se regularon tanto para los médicos como las parteras. En 1725 y en 1749 se les prohibía a las mujeres a atender partos a menos que fueran parteras experimentadas y estuvieran acompañadas por un cirujano. Una mujer mulata recibió su licencia en 1760. En 1773 un obstetra fue enviado desde Francia para licenciar matronas y abrir una Escuela de Obstetricia en las grandes ciudades.

En 1794, Halles en Quito solicitó permiso para enseñar obstetricia a las matronas.

En Buenos Aires se abrió una Escuela de Obstetricia en 1822 y su primera graduada fue María Espil de Boacu en 1854. La primera graduada en México fue Carlota Romero (1841), la famosa Dolores Román se graduó en 1853. La primera licenciada en Caracas fue Mary Ines Sews de Curaçao (1838). En 1900 existían 8 licenciadas en Caracas, la mayoría de ellas extranjeras. En Venezuela, un matrón, de apellido

González se licencia en 1880. En 1842, cuando Horner visitó Montevideo, quedó sorprendido con un gran letrado en la puerta de una prominente mujer que sostenía un niño y con la palabra "Partera", pero la primera graduada en Montevideo fue Adela Peretti, italiana en 1881.

En Colombia se requirieron exámenes desde 1827 y en Puerto Rico después de 1846 tenían que solicitar una licencia después de una práctica. En Ecuador, Mme. de Salle se licenció en 1835. El Presidente Rocafuerte trajo a Mme. Gallemée para que dirigiera la nueva Escuela de Obstetricia en 1838 obteniendo el título cuatro matronas en 1840. El programa de estudio se renovó en 1849 con Mme. Casaneuve. En 1872 llega Mme. Sior y se abre una moderna Escuela de Obstetricia, esta escuela tuvo que cerrar después de la trágica muerte de Mme. Sior reabriéndose en 1890.

En Perú hubo otra francesa Mme. Paulina Cadeau contribuyó a la enseñanza de la Obstetricia. La primera licenciada en Argentina fue Véronique Pascal (1827), en Costa Rica Mme. Gallimé. En cambio la mas famosa partera en Buenos Aires fue Doña Luisa Ravassi, quien asistió mas de seis mil partos. En México los exámenes se iniciaron en 1825, pero en 1830 sólo dos lo habían aprobado.

La primera graduada en Brasil fue Mme. Durocher (1834)

Los primeros textos para matronas se escribieron por Rosain en Cuba (1824), Medina en México (1806) y Ortega-Reyes (1863) y en Chile por Torres (1858).

CHILE

1541. En la expedición de Pedro de Valdivia a Chile (1541) desde el Perú, venían quechuas cuzqueños con mujeres grávidas cuyos partos fueron atendidos por parteras quechuas yanaconas.

1556. Pedro de Valdivia funda el Hospital del Socorro (Hospital San Juan de Dios)

1578. Según relato de Bejamín Vicuña Mackenna " en los estrados de La Nevería, en sesión pública, sentados los dos alcaldes bajo el dosel y los regidores en sus duras bancas con las varas en las manos, como hizo su prueba de aptitud la primera *matrona examinada* que vino de afuera a esta ciudad por excelencia de matronas sin examen. Llamabase aquella con un buen nombre, por el salto en el vientre de la visitación y el apellido, Isabel Bravo, natural de Lima (otros autores le otorgan origen español) y demostró en presencia de la comisión de alcaldes, que sabía todo lo necesario para que la criatura saliese entera y viva, así como cuantas maneras había

de partos, según aparece textualmente consignado en la sesión del 22 de octubre de 1578.

Continúa en sus relatos ...Afán inútil había sido, empero, aquel para la generalidad de los caos de la tierra, porque las indias, cuenta Garcilaso, en pariendo se iban a un arroyo, o en casa se lavaban con agua fría y lavaban a su hijo, y se volvían a hacer las haciendas de su casa como si nunca hubiese parido. Parían sin partera ni la hubo entre ellas, si alguna hacía oficio de Partera, mas era hechicera que Partera. Esta era la común costumbre, que las indias tenían en el parir y criar sus hijos, hecha ya naturaleza, sin distinción de Ricas o Pobres ni de Nobles o Plebeyas. (Garcilaso. Comentarios reales)

- 1734 Las Recogidas, para la atención de meretrices o mujeres de vida fácil que se ofrecían en la vía publica, a éstas se les recogía en esta casa.
- 1758 Se funda la "casa de Expositos", llamada también casa de Huérfanos, donada por Dn. Juan Nicolás de Aguirre, natural de las Canarias. Por ello recibió el título de Marqués de Montepío. Construida para recibir "huerfanos, pobres de solemnidad, mujeres de mala vida y débiles criaturas..". Unas de las salas estaba destinada para recibir parturientas vergonzantes".... La casa estaba ubicada entre las calles de la Ceniza y de los Baratillos en la de Huérfanos.
- 1772 Se funda el Hospital de Mujeres San Francisco de Borja para la atención de mujeres, con 50 camas. Fue inaugurado definitivamente en 1782 fecha en que tenía 110 camas, con salas especiales para partos.
- 1819 El médico español Manuel Julián Grajales, presenta un plan para la creación de la cátedra "Afectos Internos y Partos" con la función a quien ejerciera de dar lecciones a las comadres aficionadas a parteras
- 1834 Se organiza la Casa de Maternidad como una sección de la Casa de Expositos, bajo la Dirección de Lorenzo Sazie para la formación de matronas, constituyendo la primera Escuela de Obstetricia.
- 1835 Se inaugura el primer curso de matronas. Algunas de sus primeras dieciseis discípulas fueron Isidora Góngora, Josefa Benavides, Francisca Vilches, Luisa López, Juana Echavarria, entre otras
- 1836 Decreto que autoriza el ejercicio de Matrona.
- 1837 Lorenzo Sazie introduce el forceps, las versiones y el espéculo.
- 1842 Ley orgánica de la Universidad de Chile.
- 1843 Se constituye el nuevo cuerpo universitario y la función científica de las facultades quedo bien establecida en el discurso de Andres Bello el 17-9-1843.

1850 - 1860 Receso de la Escuela de Matronas por epidemia de fiebre puerperal, se reabre bajo la Dirección de Don Estanislao del Río.

En 1860 existían en Santiago, treinta y tres parteras varias habitaban en la calle de Huérfanos, en la de Monjitas y en otras. Mme. María Luisa Bouquet, Mme. María Luisa de Charpentier, Mme. Bernede, Mme. Laurent, Mme. Adela Dufour y las mas popular Mme. Clara Viellefón, Mme. Isabel Martín de origen francés y tres italianas: Beatriz Piffaretti, Enriqueta Tameran y Ossolina Piazza, por esa época existía en Santiago el partero don Carlos Buston que a pesar de su simpatía y aptitud, no gozaba de gran boga.

1866 Se establecen los requisitos para ejercer la profesión de médicos, cirujano, farmacéutico, flebotomo, dentista y matrona (25.6.1866)

1873: Se establece el plan de estudios del curso de obstetricia para mujeres (28-6-1873)

1875 Se funda la Casa de la Maternidad adyacente al Hospital San Francisco de Borja. Se cierra al año siguiente por epidemia de fiebre puerperal. Durante estas epidemias de fiebre puerperal se cerraba incluso la Escuela para Matronas.

1877 Primera cesárea en Chile en una enferma que presentaba deformación de las extremidades inferiores y pelvis, con un feto muerto.

1896 El Consejo conoció un proyecto de plan de estudios para un Curso de Matronas que pensaba crearse, sus exigencias de ingreso eran poseer nociones elementales de gramática castellana, geografía descriptiva, historia de Chile, aritmética y sistema métrico decimal, un certificado de buena conducta y edad entre 18 y 30 años. Los estudios durarían dos años y la enseñanza tendría caracter práctico. Para obtener el título de matrona, firmado por el Decano de Medicina y Farmacia, la alumna debería practicar durante dos meses en una maternidad pública, atender veinte partos y rendir un examen final. El Curso se encontraba bajo la dependencia del Ministerio de Instrucción.

1897 Inicia sus actividades la Escuela de Obstetricia, bajo la dirección de Alcibíades Vicencio y pasó progresivamente desde una escuela práctica a otra con caracter mas científico.

1901 Existían 55 alumnas en la carrera de obstetricia.

1906 Se organiza un Instituto de Puericultura dependiente de la Facultad de Medicina, fundiéndose posteriormente con la Escuela de Obstetricia. Para mejorar la organización de la Casa de Maternidad, se traslada a Europa el profesor Marcial González, a su regreso impone mayores exigencias para el ingreso a la carrera pues sólo se exigía quinto año de educación primaria.

- 1913 Se crea la Escuela de Obstetricia y Puericultura para matronas (Decreto supremo 7317 del 9-6-1913)
- 1917 Se establece por Decreto el curso para matronas en la maternidad del Hospital San Borja (19-1-1917)
- 1926 Se crea la Maternidad Hospital San Vicente.
- 1934 La Escuela bajo la Dirección de Víctor García Guzmán exigía 4º humanidades para el ingreso
- 1940 Se reglamenta el funcionamiento de las maternidades particulares.
- 1947 Se reforma el plan de estudio, la duración de la carrera se extendió a tres años, los dos primeros teóricos y el tercero práctico. La Escuela mantenía servicios de Maternidad y un Consultorio.
- 1950 Se requería el grado de bachiller en Biología para ingresar a la Escuela de Obstetricia, posteriormente se amplía la carrera a cuatro años (1952), un año más tarde un incendio afecta las instalaciones de la Escuela (1953).

La década del 60 fue fructífera en relación a la formación profesional: Inicia sus actividades la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad Católica (1960), se crea el Colegio de Matronas (1962), se crea la Carrera de Obstetricia en Temuco (1963), en Antofagasta (1966), Concepción (1967), Talca (1969)

Desde el punto de vista de la Salud Pública podemos decir que desde la segunda mitad del siglo pasado la población total de Chile alcanzaba al 1.400.000 habitantes aproximadamente, fecha en que se dispone de información estadística, en ese período se registraban alrededor de 55.000 nacimientos, desde ese período nuestro país ha venido experimentando una mejoría progresiva de los indicadores de salud materna y perinatal, debido a múltiples variables en juego: mejoramiento general del nivel de vida, el desarrollo de la Medicina principalmente en la década del 40, la organización del Servicio Nacional de Salud en los 50 con el aumento de la cobertura de los diferentes programas en el área materna e infantil, destacándose en el área materna los programas de Planificación Familiar, el control prenatal, la atención institucionalizada del parto que en 1930 era sólo el 12 %, en 1959 el 37 %, en 1960 la cobertura alcanzó el 65 % llegando en la actualidad casi al 100 %.

En relación a la atención del parto hacia los años 25, el 70 % de los partos eran atendidos por parteras empíricas, 20 % por matronas y 10 % por médicos, en 1955 aproximadamente el 30 % de los partos eran atendidos por parteras empíricas, 20% por parteras adiestradas, 20 % por auxiliares de enfermería, 15 % por matronas y 15 % por médicos, en la actualidad el 70 % de los partos son atendidos por matronas y el 30 % por médicos.

El parto en la cultura Mapuche

Al describir la situación de nuestro país no podríamos dejar de mencionar las prácticas en la cultura mapuche, que han sido excelentemente descritas por Ziley Mora Penroz:

La cultura mapuche está impregnada de sabidurías y prácticas en torno al embarazo, parto, y puerperio y todas las etapas de la salud de la mujer.

Antes del parto se construía un pequeño rancho de ramas (püttraküna o casita del vientre) con techo de paja, alejado de las habitaciones de la familia. En esta casita se refugiaba acompañada de alguna parienta o amiga que ya había tenido hijos (kutranduamdomo o mujer que tiene compasión de la mujer) esta comadrona la asistía durante el parto. El parto se efectuaba en cuclillas y se tomaba al poste central que tenía la casucha. El niño que nacía se recibía en un cuero de oveja tendido en el suelo.

En los partos laboriosos se acostumbra a colocar en el vientre un cobertor de montura impregnado con sudor de caballo, cuando el parto se hacía crítico y el niño no podía salir cortaban un pequeño trozo de vela y la ubicaban en una de las cuatro esquinas del catre, todos hacían fuerza mental para que antes que se apagara la vela saliera el demorado niño. También se usaba en estos casos colocar el sombrero del marido al revés en el vientre materno.

El cordón umbilical se cortaba con un cuchillo de pedernal y se amarraba con un hilo de lana de color blanco, si el cordón quedaba muy corto era determinar una vida breve del bebé, también se utilizaba el ancho de tres dedos para los varones y cuatro dedos para las niñas.

En la curación del cordón se utilizaba una tela finísima de araña, esta curación tenía un sentido mágico oculto dado el prestigio sagrado de este arácnido. "Para que el futuro niño pueda tejer bien su vida y su destino". La circular en banda presidencial era de buen augurio.

Si la placenta se retenía hacían soplar a la madre una caña ahuecada o hacer beber orina del padre de la criatura. También se recurría a la hierba "Don Diego de la noche". También se utilizaba colocar un plato caliente en el vientre de la madre con la parte convexa hacia abajo.

La placenta se enterraba en la huerta o en el predio destinado a las siembras, esta práctica está ligada al concepto de fecundidad. También a través del examen de la placenta podían vaticinar el futuro de la madre o el niño.

Terminado el parto la madre se metía con el niño al agua y se bañaban, después de los ocho días volvía a la casa donde se celebraba el acontecimiento.

Para aliviar las incomodidades del puerperio se utilizaba mezclas de infusiones de hierbas (corteza de chilko, culle colorado y corteza de kachanlawen)

Posteriormente se quemaba la casucha y la madre con su compañera eran sometidas a ritos de purificación.

SIGLO XX

Al igual que los siglos anteriores, durante el siglo 20 continúa el desarrollo tecnológico en la obstetricia, destacándose:

Christian Kielland (1910) demuestra su forceps en Copenhagen Rigshospitalet

1913 Glinski reporta la necrosis de la hipofisis post parto.

1916 Margaret Higgins Sanger, campeona del movimiento de control de la natalidad abre su primera clínica en Brownsville, Brooklyn.

1926 J.R. Meyer en Sao Paulo, Brazil reporta un caso de embolía por líquido amniótico en una múltipara de 21 años quien muere repentinamente durante el parto con un feto macerado. Posteriormente Paul Steiner y C.C. Lushbaugh definen el síndrome de embolía por líquido amniótico.

1929 Edmund Brown Piper hace la descripción de la aplicación del forceps en cabeza última en el parto en nalgas.

1930 Strogonoff desarrolla una pauta a desarrollar durante el embarazo para predecir y evitar la eclampsia.

1937 Harold Leeming Sheehan describe el síndrome resultante de la necrosis post parto de la hipofisis..

1938 Henry Hubert Turner describe las manifestaciones clínicas del un "Síndrome de Infantilismo". Cuatro años mas tarde Albright, Smith y Fraser publican un trabajo señalando la falla primaria del ovario que lleva al "enanismo ovárico".

1941 Philip Levine y colaboradores demuestran la formación de aglutininas atípicas anti-rhesus en una mujer durante el embarazo con el nacimiento de un niño muerto. Cuando los niños nacían vivos desarrollaban ictericia y anemia.

1948 Reynolds et al. registran las contracciones uterinas con un tocodinamómetro. El mismo año Simpson demuestra su forceps en The Edinburgh Obstetrical Society.

- 1952 Williams and Stallworthy introducen un tipo moderno de catéter intrauterino.
- 1953 Virginia Apgar propone un sistema para evaluación del recién nacido.
- 1954 Friedman define los estados del parto y desarrolla los conceptos de fase latente y fase activa.
- 1956 Sureau describe los electrodos a ser colocados en el cuero cabelludo del feto, siendo perfeccionados posteriormente por Hunter (1960) y Kithana y Saaoke (1967)
- 1963 A.W. Liley es el primero en visualizar la superficie del feto y perfecciona la transfusion transperitoneal in útero.
- 1964 Caldeyro Barcia define el sufrimiento fetal y las variaciones de la frecuencia cardíaca fetal: Dip I y II.
- 1968 Hon clasifica las desaceleraciones de los latidos fetales en precoces, tardías y variables.
- 1969 Bishop (1968) and Mosler (1969) aplican el doppler para la monitorización del corazón fetal. Pose et al. ayudan al desarrollo del test de tolerancia a la oxitocina.
- 1973 Robinson demuestra que la medida del diámetro parietal fetal antes de la semana 12 es un método preciso de evaluación de la edad gestacional.
- 1978 (25 de Julio) Louise Brown es el primer R.N. producto de fertilización in vitro realizada por Steptoe and Edwards.
- 1979 Banta and Thacker concluyen que la monitorización fetal concluye en el doble de las tasas de cesáreas.
- 1981 Charles Rodeck describe la fetoscopia mediante observación directa por amnioscopia transabdominal. El mismo año se reporta una epidemia de pneumocystis carinii y sarcoma de Kaposi en varones homosexuales en Estados Unidos.
- 1988 Hibbard detalla los principios de manejo de la preeclampsia y eclampsia.

Paralelamente los países han ido perfeccionando los sistemas de atención de la mujer cuyos modelos han sido ejemplarizado a través de las descripciones del fenómeno en Estados Unidos, Holanda como representante de la comunidad europea y el caso chileno.

COMENTARIO FINAL

Al igual que la medicina, la obstetricia evoluciona desde las etapas mágico religioso hasta transformarse en una ciencia, rama de la Medicina.

Durante toda su historia desde los inicios de la humanidad fue manejada en forma empírica por mujeres que ayudaban a mujeres en el momento del parto, mediante diferentes ritos cuyo común denominador era el apoyo emocional en este momento tan sensible para la madre.

El parto era considerado como un evento fisiológico normal, es necesario resaltar que este evento está adaptado evolutivamente en nuestra especie lo que ha permitido su sobrevivencia especialmente en los ambientes mas adversos como lo fue la prehistoria y la etapa precientífica de la humanidad.

La transición desde la visión mágica religiosa del parto hasta el conocimiento actual científico tecnificado, ha evolucionado en diferentes formas según las culturas.

Así por ejemplo, todavía existen sociedades con una visión y prácticas primitivas del parto, como lo es la sociedad mapuche nuestra y otras sociedades centro americanas o africanas.

En la evolución de las sociedades, la función de la mujer que presta ayuda en el parto se reconoce como de especialización y social, denominándolas primitivamente comadronas, parteras hasta llegar al concepto mas moderno de la profesional matrona, cuando se otorga una formación formal a través de Universidades o Escuelas.

La integración entre la obstetricia empírica y la científica se dio con diferentes modelos ya sea se trate de Europa o Estados Unidos. En el modelo de Estados Unidos, practicamente no se dió integración entre ambos procesos, sino en un ambiente de competitividad se impuso el criterio médico científico de considerar el parto como un fenómeno patológico asignando a la matrona un papel secundario. En el modelo europeo el perfeccionamiento científico técnico de la obstetricia se integra a la experiencia de las profesionales matronas, manteniéndose la gran fortaleza de estas en la esencia de la profesión, "el estar con mujer", apoyo emocional que fue vital en el manejo del parto en la era precientífica.

Latinoamérica y nuestro país han recibido influencias de los dos modelos, el desplazamiento de la atención por matrona se ha dado en nuestro medio principalmente en el sector privado de la atención, en el sector público a pesar que se da el trabajo en equipo (Embarazo y parto normal manejado por matronas y patologías manejadas por médicos), la organización de los servicios obedece a una visión patológica de la maternidad mejorando su eficiencia aplicando las diferentes acciones a través de una "cinta transportadora" perdiéndose por ende, la personalización y el apoyo emocional en la atención.

Creemos que el desafío nuestro es repensar nuevamente la organización de la atención, colocando en primer plano la atención personalizada y el apoyo emocional, el uso de una mujer adiestrada tipo doula pudiera ser una alternativa, pero es mucho mas interesante que las matronas vuelvan a recuperar el rol tradicional de apoyo a la mujer a través de un modelo de atención personalizado donde la madre se sienta considerada, estimada y apoyada para cumplir el rol de madre a cabalidad.

Referencias Bibliográficas:

1. French Valerie., "Rescuing Creusa: New Methodological Approaches to Women in Antiquity," *Helios, New Series* 13(2), 1986, pp. 69-84 (Internet)
2. Gross D., *De-professionalization or para-professionalization?. The professional development of the midwife and her place in the obstetrics of the 19th century.* *Sudhoffs Arch Z Wissenschaftsgesch.* 1998;82(2):219-38.(Internet)
3. Greene Marilyn, *Cultural Change as Seen In U.S. Birth Practice* (Internet)
4. Gibson Faith, *The Official Plan to Eliminate the Midwife 1900 -- 1930 The Story behind the Story* (Internet)
5. Moll, A. *Esculapius in Latin America.* W.B. Saunders Company. 1944
6. Mellafe R., Rebolledo A., Cardenas M., *Historia de la Universidad de Chile.* Ed. U. de Chile. 1992.
7. Vicuña Mackenna, B. *Médicos de Antaño.* Editorial Francisco de Aguirre. S.A.1974.
8. Salinas Cordero S. *Historia de la Obstetricia.* Mimeo. Dpto Salud Pública. 1977.
9. Greene Marilyn *Looking at the past to prepare to the future.* Marilyn's Midwifery Page (Internet)
10. Parkland Memorial Hospital Parkland School of Nurse Midwifery *The History of Midwifery The Birth of Midwifery* (Internet)
11. Jacobson Kathy. *A Short History of Midwifery in America The Purple Midwifery Page.* (Internet)
12. DeVries Raymond G and Barroso Rebeca "Midwives among the machines: Recreating midwifery in the

- late 20th Century" (Internet)*
13. *The Frontier nursing service. Midwifery (Internet)*
14. *Garrison Fielding H., Historia de la Medicina. Editorial Interamericana S.A. 1966.*
15. *Aguila A., Muñoz H. Tendencia de la natalidad, mortalidad general, infantil y neonatal en Chile desde 1850 a la fecha. Rev Med Chile 1997, 125, 1236 - 1245.*
16. *Angeloni, Elvio. Anthropology 89/90. Connecticut: The Duskin Publishing Group.*
17. *Sonnenstuhl P., Midwifery in the United States (Internet)*
18. *Simkin Penny , Labor Support in a High-Tech Environment. Doulas of North America, The International Doula 1996, Volume 4, No. 2,*
19. *Doulas of North America Position Paper: The Doula's Contribution to Modern Maternity Care (Internet)*
20. *Mora Penroz, Ziley Técnicas arcaicas del extasis: seducir, engendrar y parir " los hijos del cielo". Editorial Kushe. Temuco. Chile 1992.*
21. *Lopez O, Paulina. Historia de la matrona en el Mundo. Revista del Colegio de Matronas (1999). 1:4-10.*

LA FAMILIA: TALLER DE HUMANIZACION

LA PATERNIDAD RESPONSABLE: UNA MISION DE PERSONALIZACION

*Dr. Luis Jensen A.
Obstetra-académico
Universidad Católica - Universidad de Chile*

INTRODUCCIÓN:

En primer lugar quiero agradecer la invitación a presentar el tema de familia y paternidad responsable en el contexto de este curso. Espero poder transmitir la alegría de compartir más que ideas mis vivencias acerca de estas materias. La experiencia acumulada es riquísima y me ha permitido descubrir la armonía que existe en la naturaleza de la persona.

En la preparación del curso alguien preguntó ¿por qué un ginecólogo tiene que hablar de familia? Quienes me solicitaron esta presentación sabían que desde estudiante de medicina hice una opción por intentar realizar la síntesis entre medicina y familia y por tratar de ponerla en práctica a nivel personal.

Después de 20 años, puedo dar testimonio de la riqueza del desafío de alcanzar la integración de lo que procuro vivir en el plano personal, con lo que realizo en el ámbito profesional y a su vez es parte central de mi servicio a la comunidad.

En este tiempo como gineco-obstetra, he podido acompañar a más de 2000 familias en el proceso del embarazo y parto, y a más de 10.000 en el campo de la paternidad responsable. Familias de todo el espectro de nuestra sociedad. Una síntesis de esto es lo que quiero transmitir en esta exposición y espero que que tenga el valor del libro de la vida.

I.- LA FAMILIA: TALLER DE HUMANIZACIÓN

1. **Concepto de familia:** entre una definición académica o vital, me quedo con la segunda. Para el niño familia es el domingo por la mañana, cuando todos se encuentran en la cama de los papas. En síntesis, familia es el **lugar donde se gestan las personas**.

Si hacemos un paralelo con los objetivos del embarazo y parto, todos concordamos que es entregar un recién nacido sano. Si pensamos en el objetivo del proceso educativo, sería el entregar una persona capacitada para servir a la sociedad. Así mismo, el objetivo de la familia es el de desarrollar **personalidades sanas, libres, recias y serviciales**.

¿Qué entendemos por personalidad **sana**? Es la persona que se sabe amada y que es capaz de amar.

¿Qué entendemos por personalidad **libre**? Es la persona autónoma, no para hacer lo que quiera sino que para donarse plenamente, en la comunión, en la entrega, en el servicio, en la tarea compartida. Es la persona libre *para* amar.

¿Qué entendemos por personalidad **recia**? Es la persona capaz de hacer lo decidido, lo que es requerido, en el momento oportuno, a cabalidad y asumiendo todas las consecuencias del acto realizado.

¿Qué entendemos por personalidad **servicial**? Es la persona que ha descubierto y vive de acuerdo con que la máxima felicidad radica en hacer feliz al otro.

2. Fundamento de la familia: para que la familia cumpla con su objetivo tiene que fundarse en **el amor interpersonal**. Es necesario que definamos ¿Qué es el amor en el contexto de la familia? En ella es donde se experimenta esa comunidad de corazones, de sentimiento y de amor; es en la familia donde se aprende a esforzarse para superar esa actitud interior de estar junto al otro o contra el otro, a través de un **profundo vivir en, para y con el otro**. Esa vivencia es la que permite la experiencia cálida de **“patria”, “terruño” y “hogar”, cuando se sabe que existe un lugar en el corazón de otro**.

¿Cómo se expresa este amor interpersonal en los diferentes miembros de un familia?

Desde la perspectiva de los hijos: se trata de que permanentemente se sepan amados. El “saberse” tiene una connotación vital, no intelectual. Aquí el metalenguaje es más fuerte que la expresión verbal, para los hijos es de esperar que no tengan que aplicar el principio frecuente de que “hagan lo que dicen, pero no hagan lo que viven”.

Desde la perspectiva de los padres: es necesario que ambos padres le expresen su amor a los hijos, ya que hay una diferencia radical entre la forma de amar maternal y la paternal. Experimentar la expresión femenina y la masculina del amor es necesario para la identificación del hijo con su propio sexo y para desarrollar los receptores que le permitan a futuro recibir en forma sana las diferentes expresiones de cariño. Este aspecto es fundamental para superar la crisis actual de confusión de los sexos.

Desde la perspectiva de los esposos: la comunión y la fecundidad son las características del amor conyugal, el cual es el fundamento y el modelo de comunión interpersonal. Es la escuela de amor en el hogar. Los hijos, actualmente, pueden aprender a amar, comunicarse, dialogar, discutir, perdonar y reconciliarse mirando a sus padres o mirando la televisión. ¿Por cuál modelo optamos? A través de la

interacción de los padres los hijos descubren cómo convivir. Esta posibilidad actualmente es cada vez menos frecuente, ya sea por la no existencia de uno de los padres o la ausencia casi permanente de alguno.

Desde la perspectiva de los hermanos: al compartir con otros se desarrolla la fraternidad, la solidaridad, la “supervivencia”, el respeto, las normas de convivencia, etc.

3. Vida de las familias: para alcanzar los objetivos propuestos y hacer vida el amor interpersonal existe un camino, una forma. Es el **cultivo de los vínculos**. ¿Qué es un vínculo? En general, vincularse, tiene la connotación de encadenarse, de unirse. Lo podemos definir como la relación **profunda, estable y cargada de afecto** con las personas, las cosas y los valores.

Una relación **profunda**, es la que surge de lo más íntimo y central de la persona, no basta con una decisión voluntaria, sino que tiene que ser del corazón, a nivel impulsivo. Es diferente a las relaciones funcionales o rutinarias que generalmente caracterizan nuestro quehacer.

Una relación **estable**, es la que permanece en el tiempo y está sobre los estados de ánimo, las tincadas, las oportunidades o los resultados. Es la que permite saber en que está el otro y cómo está a pesar del tiempo y la distancia.

Una relación **cargada de afecto**, es la que puede transmitir y comunicar de una manera sensible la verdadera intención que se tiene, de hacer el bien, de hacer feliz al otro, de alegrarse por lo que el otro es.

Esta forma de contactarse es válida para todos los planos de la realidad, es decir, en el de las personas, con las cosas y con los valores. En cuanto a las personas, es evidente y ya lo he desarrollado.

Respecto a las cosas, también es relativamente más fácil entenderlo. Todos tenemos objetos regalones a pesar de la cultura de lo desechable en que estamos. Pero, en cuanto a los valores se torna algo más abstracto, sin embargo, es determinante: ¿por qué trabajo, cuál es mi motivación para hacer lo que hago? ¿qué atmósfera de hogar, de trabajo, de entretenición es la que cultivo y me hace feliz? ¿para quién, por quién me esfuerzo a diario?

4. Concepto de Taller: elegí este término, porque es el lugar donde el maestro moldea la materia hasta realizar la obra. El taller tiene la connotación de ser un lugar de trabajo arduo, manual, artesanal donde se cuida el detalle por que la obra que se realiza es única. También es un lugar donde se expresa una vocación, de manera que es un trabajo alegre, creativo. La realización de la obra implica una culminación que revela armonía entre la materia, la concepción y el arte.

En el caso de la familia, la obra es la persona, cada uno en si mismo y los demás. Por lo tanto, en cuanto taller, es el lugar donde se **reciben las primeras nociones sobre la verdad y el bien**. Los padres tienen el desafío de realizar el arte de entregar los elementos, moldearlos y conducirlos hacia el desarrollo de la armonía y plenitud de cada persona. Para los hijos, que son la materia prima, poco a poco van adquiriendo autonomía para llegar a desarrollarse como adultos tomando conciencia de su libertad y asumiendo su responsabilidad.

Paralelamente, se **aprende que quiere decir amar y ser amado**. Para esto están las múltiples circunstancias de cada día y las múltiples formas que existen para experimentarlo. Desde el saludo de la mañana hasta el final del día, pasando por cada una de las actividades cotidianas tanto dentro como fuera del hogar.

En el taller de la familia es, en definitiva, donde se aprende a ser **libre para** donarse como respuesta al deseo de bien, de verdad y de vida propio de cada persona.

5. **Concepto de humanización:** es la personalización de todo quehacer, siendo lo característico de la persona su vocación al amor y su dignidad de ser, determinada por la libertad. En otras palabras, cada acto tendría que ser una expresión de esta vocación y constituir un afianzamiento de la libertad de cada uno. Son como dos pilares de todo el quehacer humano:

- El hombre que fue creado por amor, en el amor y para el amor, sólo se realizará si hace vida su **vocación** al amor. La verdadera felicidad del hombre radica en cuanto ama y cuan amado se sabe.
- El hombre que fue creado con la dignidad de señor, sólo la alcanzará a través del ejercicio de su **libertad** para amar. A través del desarrollo de su capacidad de servir desinteresadamente al otro presente en el prójimo.

II.- LA PATERNIDAD RESPONSABLE: UNA MISIÓN DE PERSONALIZACIÓN

1. **Concepto de Paternidad:** es la calidad de ser padre. Cabeza de una descendencia, familia o pueblo. Origen, principio. Esta es la definición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua y con esa intención se buscó el término. Sin embargo, actualmente el concepto “normal-popular” de la mayoría de las personas es lo opuesto.

Habitualmente se entiende por paternidad responsable el no tener hijos o distanciarlos lo suficiente para poder darle a cada uno, todo lo que un hijo requiere. Consecuentes con este objetivo, en el intertanto, hay que ser “responsable” y usar un método anticonceptivo eficaz.

El verdadero significado de paternidad o maternidad, en el marco del amor conyugal, nos obliga a tomar conciencia de nuestra vocación fundamental al amor. Para ser padre (papá o mamá) es necesario considerar todos los aspectos que esto implica:

En primer lugar, se trata de asumir nuestra capacidad de **transmitir la vida**: para lo cual es necesario el amor esponsal. El hijo nace de la unión del óvulo y el espermio, que en condiciones normales, es el resultado de una relación conyugal durante el período fértil femenino

En segundo lugar, es indispensable estar dispuestos a desarrollar nuestra capacidad de **cuidar la vida**: esto nos exige descubrir y ejercer permanentemente el amor paternal. La indefensión de un recién nacido es evidente y el tiempo hasta que el hijo es un adulto autónomo, cada vez es mayor, son más de 18 años en que la influencia paterna es decisiva.

En tercer lugar, la paternidad demanda cultivar nuestra capacidad de **conducir la vida**: lo que se traduce en el desarrollo del amor servicial, es decir, en estar dispuestos a realizar lo que el hijo requiera para alcanzar su integridad, lo cuales es muy distinto de hacer lo que el hijo quiera. Es importante recordar el verdadero significado de servicial: que sirve con cuidado, diligencia y obsequio. Pronto a complacer y servir a otros. Servir: estar al servicio de otro. Aprovechar, valer, ser de utilidad.

La Paternidad es, por lo tanto, una expresión, un camino y un seguro de la vocación personal al amor. El hijo es el símbolo de nuestra entrega total y mutua, sin ninguna reserva. Es quién nos obliga a mirar en una misma dirección.

2. **Concepto de Responsabilidad**: es la capacidad existente, propia de toda persona para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado **libremente**. Con esta definición de responsabilidad, en el contexto de personalización, queda claro que así como paternidad nos ayuda a tomar conciencia de nuestra vocación al amor, responsabilidad nos hace tomar conciencia de nuestra dignidad personal, de nuestra libertad.

Si esto lo aplicamos a cada acto tendríamos que traducirse en:

- a) Saber que siempre se puede optar entre varias alternativas y lo que corresponde es elegir la mejor, es decir, hacer el bien.
- b) Hacer lo que se decide en el momento adecuado, oportunamente.
- c) Realizarlo a cabalidad, plenamente.
- d) Siempre asumir todas las consecuencias que se desprenden del acto realizado, antes de llevarlo a la práctica y no desentenderse después de alguna de ellas, aunque no las hayamos considerado conscientemente.

3. **Concepto de libertad**: facultad natural que tiene la persona de obrar de una manera o de otra, y de no obrar, por lo que es **responsable** de sus actos.

Libertad y responsabilidad son las dos caras de la misma moneda, de la dignidad de la persona. Actualmente se está produciendo una gran deformación de este concepto por la proliferación de derechos de toda índole que no van de la mano de los deberes que estos exigen para con los demás.

Por lo tanto es necesario que acentuemos que la libertad, en primer lugar, es propia de la dignidad de la persona, en contraste con el acento actual que está puesto en el individuo, propio de la mentalidad reinante resultado del hedonismo. Lo personal nos llama a mirar al otro, es **para** el otro, **en** el otro y **con** el otro, en cambio el individualismo es en función de mí, de lo que quiero, de lo que se me da la gana, de lo que necesito para mi bienestar, lo cual me lo aseguran mis derechos.

En segundo lugar, la libertad está en función de hacer el bien: hacer feliz a la persona amada, al cónyuge o al hijo(s), y a todas las personas que se me han confiado. La libertad es **para amar**.

En tercer lugar, para poder hacer el bien, conlleva el ejercicio permanente de optar por lo que creemos que es lo mejor. Es decir, nos obliga a tomar conciencia en forma mucho más clara de todas nuestras capacidades y limitaciones, más que de nuestras necesidades. Se trata de permanentemente estar intentando hacer algo bueno, algo mejor, algo más sublime. Lo cual no siempre es lo más fácil, suele ser lo contrario, de manera que si no está la motivación del amor verdadero es muy difícil romper la barrera.

En este contexto quiero referirme al **acto conyugal**, que es el acto distintivo de la vida conyugal. Es propio de los esposos, y de por sí expresa la máxima comunión y es el que permite la transmisión de la vida. El ideal es que sea siempre un acto **plenamente personal**. Esto implica que sea fruto de nuestra **vocación al amor**, es decir, construya y fortalezca el vínculo sponsal al ser realizado por ambos conyuges en el pleno **ejercicio de su libertad**, expresión de la propia dignidad de poder donarse y acogerse totalmente el uno al otro.

Si este es el ideal de cada acto conyugal, es necesario preguntarnos cuáles serían las características de este acto:

4. **Características del acto conyugal:** es plenamente humano cuando está animado por el amor personal. Para esto es necesario que estén presente las dos dimensiones propias del amor: comunión y fecundidad.

En cuanto a la **comunión**, que exprese y asegure que esta sea física, afectiva y espiritual para ambos cónyuges. La comunión debe ser total, no se satisfacen las necesidades de amor personal de ninguno de los cónyuges si sólo se limita el encuentro a la unión física genital. Lo cuál es una de las grandes reducciones de nuestra cultura actual.

Con respecto a la **fecundidad**, que transmita vida: el acto conyugal es el camino natural para alcanzar la concepción de una nueva vida, es decir, de un hijo que es el fruto más preciado del amor conyugal. Pero, la fecundidad no se agota en el hijo, no hay que confundir la máxima expresión con la única. Hay múltiples formas de ser fecundos que cada uno conoce y que deberían enriquecerse en la intimidad del amor conyugal.

5. **Amor personal exige una vinculación a la totalidad del otro**, además de las dos dimensiones ya mencionadas, está la necesidad de una integración respetuosa de todos los aspectos de la persona. Ahora sólo mencionaré tres, dejando fuera el aspecto ético, ya que en el contexto de esta exposición ha estado presente en su totalidad. Los aspectos que señalo no se pueden disecar, separar uno de otro, están íntimamente correlacionados.

El aspecto **biológico**: se traduce en un **conocimiento y respeto** de las leyes de transmisión de la vida. Actualmente sólo se desarrolla un conocimiento científico de la transmisión de la vida, dado que el respeto se ha cambiado por la manipulación de éstas para cambiar la naturaleza de la mujer, del varón o del acto sexual mismo, de manera que se transforma un acto fértil en infértil. No se educa el respeto de abstenerse de realizar el acto sexual cuando éste puede gestar vida a través de la abstinencia periódica como respuesta a un conocimiento científico de los días fértiles de la mujer.

El aspecto **psicológico**: determina un **conocimiento y una educación** del impulso sexual para poder ejercer en forma personal la sexualidad mediante la abstinencia periódica. Actualmente se asume que el impulso sexual es una caja negra que no se puede conocer y menos educar por lo tanto hay que evitar que las personas, especialmente los jóvenes, se infecten o se embaracen.

El aspecto **sociológico**: implica un **cultivo permanente de la generosidad** para el cuidado de la vida. El amor por definición no es privado, implica a otro y en el caso del amor conyugal incluye a un tercero, el hijo. La paternidad no termina en la decisión de concebir o no un hijo, sino que ahí comienza toda una aventura que pasa por el embarazo y parto, la educación y la formación de la personalidad del hijo, como ya lo mencioné. La experiencia demuestra que mientras más grandes los hijos mayores son las responsabilidades y la demanda de tiempo y dedicación, siendo también más desafiantes las exigencias, de manera que nos hacen crecer más.

6. **Misión**: todos somos responsables de la construcción de nuestra sociedad, la que debería constituirse en una gran familia. Si las personas que conformamos la sociedad hemos experimentado el amor personal en la familia, sabemos que esa es la mejor forma de relacionarnos, de vincularnos a los demás, a las cosas y a los valores, por lo tanto no deberíamos cambiar nuestra forma de ser y de actuar. La forma más plena de comunidad humana es la familia, por lo tanto deberíamos aspirar a que todas nuestras empresas tengan ese sello.

Todos sabemos cuan distante estamos de este ideal. Cada uno de nosotros tenemos el desafío de aprovechar cada oportunidad para integrar permanente y orgánicamente todo lo señalado: comunión y fecundidad, biología, psicología y sociología en el

vínculo de amor personal, para que cada acto –incluyendo el acto conyugal- sea expresión de nuestro amor.

La construcción del pilar de la comunión pasa por el trabajo activo, decisivo y constante de la complementación mutua entre el varón y la mujer, modelo de toda convivencia y estructura humana. La plenitud del hombre, como persona, no está en lo masculino, ni en lo femenino, sino que en la armónica complementación de ambas modalidades. ¡Cuánta falta hace que nuestra sociedad se enriquezca con la visión y forma de ser femenina!

La construcción del pilar de la fecundidad exige una toma de conciencia cotidiana y esclarecida para desarrollar nuestra capacidad de administradores de la riqueza enorme que es la fertilidad. La cual, en el sentido más amplio es nuestra capacidad de gestar vida, de ver así al hijo como el fruto de nuestro amor, como el que nos invita a mirar en una misma dirección y nos da la oportunidad de seguir siendo en forma real un solo corazón y una sola voluntad en el transcurso del tiempo.

7. Personalización: si todo lo señalado hasta aquí es real para nosotros, no podemos quedarnos estáticos, tenemos que comunicar esta riqueza. Así adquirimos la conciencia de ser agente de personalización a través del amor personal.

Esta experiencia vital tiene su origen en la conciencia de sabernos amados en forma única, predilecta, total y exclusiva. Lo cual pasa a ser una realidad cotidiana en todos los planos de nuestro ser el impulsivo, el afectivo y el racional, se vive como algo pleno que nos inquieta, nos lleva a actuar, nos sabemos portadores de una riqueza extraordinaria. Si cada uno llega a valorar y a llenar de contenido este cambio de actitud, estoy seguro que terminará contagiando a otros, a través de esa conquista personal se conseguirán nuevos colaboradores para esta renovación de la forma de ejercer la medicina que soñamos. No se trata de la transmisión de ideas, sino que del intercambio vital de una experiencia.

Lejos los más beneficiados con esta corriente de personalización son los protagonistas que tomen la iniciativa para conquistar al otro, ya que la satisfacción que se experimenta al ser forjador de vínculos personales para construir hogar y patria donde a cada uno le corresponda es extraordinaria, perdura en el tiempo y llena todos los espacios hasta lo más profundo del ser de cada uno.

MASCULINIDAD Y PATERNIDAD¹

José Olavarría

*Sociólogo, Profesor Investigador de FLACSO, Área de Estudios de Género
Director responsable de investigaciones sobre construcción de identidades masculinas y paternidades, apoyadas por FONDECYT y la Fundación Ford.*

Las investigaciones que se han hecho sobre identidades masculinas han posibilitado explicaciones acerca del comportamiento de los varones a partir de los procesos de construcción de identidad y la socialización en la que han estado inmersos. Existe un amplio acuerdo de que la masculinidad no se puede definir fuera del contexto socioeconómico, cultural e histórico en que están insertos los varones, y que ésta es una construcción cultural que se reproduce socialmente. Los/as diferentes autores/as coinciden en que es posible identificar cierta versión de masculinidad que se erige en "norma" y deviene en "hegemónica", incorporándose en la subjetividad tanto de hombres como de mujeres, que forma parte de la identidad de los varones y que busca regular al máximo las relaciones genéricas.

Este "modelo" impone mandatos que señalan -tanto al varón como a las mujeres- lo que se espera de ellos y ellas; siendo el referente con el que se comparan y son comparados los hombres. Se trata de un modelo que provoca incomodidad y molestia a algunos varones y fuertes tensiones y conflictos a otros, por las exigencias que impone. Si bien hay varones que tratan de diferenciarse de este referente, ello no sucede fácilmente dado que, así como representa una carga, también les permite hacer uso de poder y gozar de mejores posiciones en relación a las mujeres y a otros hombres inferiores en la jerarquía de posiciones.

Según este modelo de masculinidad dominante, los hombres se caracterizan por ser personas importantes, activas, autónomas, fuertes, potentes, racionales, emocionalmente controladas, heterosexuales, proveedores, cuyo ámbito de acción está en la calle, por oposición a las mujeres, a los hombres homosexuales y a aquellos varones "feminizados", que serían parte del segmento no importante de la sociedad, pasivas/os, dependientes, débiles, emocionales y, en el caso de las mujeres,

¹ Este texto se ha extraído de los documentos José Olavarría (2000) "Varones adolescentes: ¿responsabilidades y derechos?. Cuestiones en torno a la sexualidad, salud reproductiva y paternidad". José Olavarría (2000) "De la identidad a la política: masculinidades y políticas públicas. Auge y ocaso de la familia nuclear patriarcal en el siglo XX", en J. Olavarría y R. Parrini (ed) Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia. Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad. FLACSO Chile, Red de Masculinidad y Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile (en prensa).

pertenecientes al ámbito de la casa y mantenidas por sus varones. Investigaciones recientes muestran que, pese a que los varones señalan que esos serían los atributos que los distinguen de las mujeres, enfrentados a su intimidad y a la vida, según sea la etapa en su ciclo de vida, esos "mandatos" están frecuentemente lejos de sus vivencias. Es decir coexisten, en una sociedad dada en un momento determinado, múltiples significados de la hombría; no todos los hombres son iguales.

A partir de este modelo los varones son impulsados a buscar poder y a ejercerlo con las mujeres y con aquellos hombres que están en posiciones jerárquicas menores, a quienes pueden dominar. Lleva entonces, a establecer relaciones de subordinación, no sólo de la mujer con respecto al hombre, sino también entre los propios varones, permitiendo la existencia de masculinidades hegemónicas y subordinadas.

Diversos autores, no obstante, señalan que estamos en un período de cambios debido a la movilidad social y geográfica de las últimas décadas, a la expansión de los sistemas educativos y los niveles de estudios adquiridos, a las demandas del feminismo y las presiones del movimiento de mujeres, al creciente proceso de aceptación y reconocimiento de los hombres homosexuales y las demandas del movimiento gay, así como a las exigencias de la modernización. Este conjunto de situaciones, estarían abriendo un debate en torno a otras masculinidades e identidades femeninas más equitativas, no subordinadas o subalternas de la versión hegemónica.

Este modelo hegemónico de masculinidad, "norma" y "medida" de la hombría, plantea la paradoja de que los hombres deben someterse a cierta "ortopedia", a un proceso de hacerse "hombres". Es decir, "hacerse hombre" es así un proceso al que está sometido el varón desde la infancia. "Ser hombre" es algo que se debe lograr, conquistar y merecer. En este contexto, para hacerse "hombre" los varones deben superar ciertas pruebas como: conocer el esfuerzo, la frustración, el dolor, haber conquistado y penetrado mujeres, hacer uso de la fuerza cuando sea necesario, ser aceptados como "hombres" por los otros varones que ya lo son, y ser reconocidos como hombres por las mujeres. Asimismo, son los otros hombres - y no las mujeres - los que califican y juzgan la masculinidad del varón. Ellas son su opuesto inferior, aun cuando su desempeño sexual los haga vulnerables a la reprobación de sus parejas.

La mujer y lo femenino representan el límite, la frontera de la masculinidad, lo abyecto. El hombre que pasa el límite se expone a ser estereotipado como no perteneciente al mundo de los varones, siendo marginado y tratado como inferior, como mujer. Los varones al enfrentar esta tarea de "hacerse hombres", manifiestan dificultades para superar todas esas vallas y satisfacer plenamente la norma, si es que alguna vez alguno lo logra. Por el contrario, la experiencia cotidiana de varones

y mujeres señala que ambos deben superar pruebas para llegar a ser adultos, que ambos son activos y pasivos, emocionales y racionales, y que las mujeres son madres y los varones padres.

La masculinidad hegemónica establece, entonces, una variedad de requisitos para "ser hombre": ser responsable, trabajador, "de la calle", racional, emocionalmente controlado, heterosexualmente activo (penetrador), proveedor, jefe de hogar y padre, pero sería más hombre aún cuando además se es blanco, físicamente fuerte y deportista reciente, adulto joven, con educación universitaria, con ahorros en el banco, propiedades, con dominio sobre otros hombres y se podría seguir señalando atributos. Las presiones a que son sometidos los varones para lograr al menos algunas de esas características, serían vivenciadas como fuentes de incomodidades, frustración y dolor, dificultando el diálogo entre varones para no mostrar lo distantes que están de esos requerimientos, reprimiendo la demostración de sus afectos hacia sus parejas e hijos y llevándolos a simular comportamientos diferentes de sus reales sentires.

Entre los mandatos más determinantes en su vida está el que les señala a los varones que ellos se deben al trabajo, porque trabajar significa ser responsable digno y capaz, atributos que caracterizarían a la hombría en su fase adulta plena. El trabajo permite a los varones ser proveedores, cumplir con su deber hacia la familia, ser jefes de hogar y autoridad en su familia. Esta es una de las presiones que más sentirán los varones desde sus familias y su propia identidad, especialmente en los que tienen trabajos más precarios y menores recursos. En general, la pérdida del trabajo y la cesantía son vividas como una profunda desvalorización y crisis de la autoestima y afecta al conjunto de sus vivencias.

Esta manera de ser hombre se ha transformado en lo "natural" -"los hombres son así"- y el resultado es que invisibiliza el poder de los hombres sobre las mujeres y de algunos hombres. Esta invisibilidad describe las relaciones de poder y al mismo tiempo las mantiene, gracias a la dinámica de la invisibilidad.

Es en la etapa de la adolescencia, cuando los varones tienen que demostrar que ya no son niños ni "mujercitas", donde la masculinidad hegemónica adquiriría su expresión más desenfadada y a veces brutal de lo que es ser "hombre". Es la etapa de las pruebas, de los ritos de iniciación que permiten a un varón "ser hombre". Aquello que ha sido caracterizado como "de la naturaleza de los hombres", de su corporeidad, sería internalizado por los adolescentes/jóvenes como "lo masculino". En esta etapa se fortalecería la homofobia, el sexismo y el heterosexismo y se harían demostraciones de ello ejerciendo violencia sobre aquellos/as que "la naturaleza" ha resuelto que son inferiores, débiles, pasivos, afeminados. Es el momento de demostrar que los varones son "verdaderamente hombres".

Es el tiempo de "la calle", que tiene que ver con el grupo de pares y su socialización en esta convivencia. Aprendizaje de la agresión, la sexualidad y la transgresión de las reglas representadas por los padres. Período en que viven la presión de los pares por subordinar a otros varones, afeminando a aquellos que expresan más sensibilidad, que son más débiles, que tienen el pene chico, son lampiños, no gustan de los deportes ni de los juegos bruscos, no participan de pandillas ni de conquistas engañosas a mujeres. Es una etapa que puede ser violentamente homofóbica. La búsqueda por demostrar su masculinidad (hegemónica) los llevaría a la formación de grupos y pandillas, con relaciones fuertemente autoritarias y lazos de solidaridad entre sus miembros, que preservarían el modelo hegemónico masculino y rechazarían cada moderación con violencia. Son las pandillas que enfrentan a otras pandillas y las barras bravas que transforman en batallas campales los encuentros deportivos entre sus equipos. Esta es la etapa del ciclo de vida que concentraría la mayor proporción de delincuencia de los países de la región.

La interpretación del cuerpo del varón, como portador de "instintos", de fuerzas irrefrenables que emergen de él, sería adquirida en esta etapa de la vida. Ello permitiría explicar y justificar comportamientos de violencia, fuertemente asociados a esta forma de ser varón. En la relación con las mujeres se aprendería a separar entre sexo y amor, distinguiendo a la mujer amada de las otras, otras que son objeto de conquista para poseerlas, aunque para ello sea necesario utilizar el engaño, la fuerza. Es la etapa de las pruebas de amor y la actitud temeraria frente a la sexualidad, en que no hacen uso de preservativos en sus relaciones ocasionales hetero u homosexuales, pese a conocer su uso, porque a ellos no les pasaría nada y para no afectar el goce y la capacidad de mantener una erección; en esta etapa del adolescente que no asume su paternidad.

Es en esta etapa, asimismo, donde se ha observado cambios en la sexualidad de los varones, que de alguna manera señala modificaciones en el comportamiento y sentir.

Un mandato complementario de la masculinidad dominante señala que los hombres deben ser padres para alcanzar así la dignidad de varón adulto. En este sentido es un aspecto constitutivo de la masculinidad adulta que da sentido a su vida.

Es uno de los pasos fundamentales del tránsito de la juventud a la adultez, uno de los desafíos que debe superar. Es, asimismo, la culminación del largo rito de iniciación para ser un "hombre", por cuanto, si tiene un hijo² se reconocerá y será reconocido como varón pleno, se sentirá completamente hombre. Se trata de una exigencia que

2 Se usa indistintamente hijo/s, niño/s cuando se habla del conjunto de hijos/as mujeres y varones.

incluye también una interpretación y un modelo pautado de paternidad, es decir no se trata del mero hecho de engendrar hijos. Ser padre es participar de la naturaleza: así está preestablecido y corresponde al orden natural³.

Así como la paternidad es un paso fundamental en el camino del varón adulto, la paternidad da un nuevo sentido a los mandatos de la masculinidad hegemónica. Con ella se consagra su relación con su mujer e hijo/s: es el jefe del hogar y tiene la autoridad en el grupo familiar. Este ordenamiento de la familia cuenta con respaldo legal⁴. En tanto padre se vuelve "responsable", debe asumir a su familia, hacerse cargo de ella y protegerla. Debe actuar racionalmente, tiene que orientar sus comportamientos con una lógica -siguiendo a Weber- propia de la racionalidad económica: "sacar adelante" su familia requiere de ello y así lo esperaría su familia. No se puede dejar llevar por la emocionalidad, ser débil o temeroso ni demostrarlo ante su mujer e hijos/as. Debe trabajar para proveer a su núcleo y salir a la calle, más allá de los límites de la casa.

Por el contrario, en este modelo de relación de pareja se espera que la esposa obedezca al varón⁵. Ella es la responsable de la vida dentro del hogar y de la reproducción, debe cuidar el espacio del hogar y la crianza de los hijos. Su marido la debe proteger. Ella es emocional, expresa sus sentimientos con su pareja e hijos/as, les da afecto y apoya.

Este tipo de familia establece una separación nítida entre lo público y lo privado y una clara división sexual del trabajo entre hombre y mujer. Al hombre le corresponde constituir una familia, estructurada a partir de relaciones claras de autoridad y afecto con la mujer y los hijos, con dominio en el espacio público que le permitan proveerla, proteger y guiarla. La mujer, por su parte, debe complementar y colaborar con el marido/padre.

La paternidad patriarcal del siglo XX se impuso no sólo a través de procesos socio psicológicos, que tienen que ver con la subjetividad de hombres y mujeres en el ámbito de la familia, de los grupos de pares y la escuela, en los procesos de identidad y socialización de cada persona, sino también a partir del ordenamiento jurídico y de las políticas públicas que permitieron, impulsaron e impusieron esta forma particular de paternidad y familia.

3 Son una excepción aceptada por la sociedad los sacerdotes, hombres célibes, con voto de castidad, los que son considerados también 'padres', 'padres' de su grey.

4 El ordenamiento jurídico chileno es patriarcal, con la figura de autoridad marital y paterna claramente establecida consagrado en el Código Civil de 1855.

5 Recién en el año 1989 se modificó el Código Civil eliminando la obligación legal de obediencia de la mujer al cónyuge.

INVOLUCRAMIENTO DEL VARON EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

*Alfonso Luco - Jorge Robinovich - María Inés Espinoza
Asociación Chilena de Protección de la Familia APROFA.*

1. INTRODUCCIÓN

Durante años los temas de salud sexual y reproductiva, de planificación familiar y paternidad responsable han sido considerados temas exclusivamente femeninos.

Las organizaciones dedicadas a la planificación familiar han efectuado su trabajo con las mujeres, han estructurado sus programas para ellas y entregado sus servicios excluyendo a los hombres.

Esta exclusión no corresponde por desgracia sólo a una estrategia de orden práctica, dada la mayor accesibilidad femenina, sino mas bien a una visión de los hombres, como desinteresados e incapaces de enfrentar de manera comprometida el proceso reproductivo, mas allá de su participación en la concepción, es decir, desde la decisión de tener un hijo, o prevenir un embarazo, hasta la crianza y cuidado de estos.

Así las cosas, los hombres, ajenos y no involucrados, se han transformado en uno de los principales obstáculos para resolver los grandes problemas sociales relacionados con la salud sexual y reproductiva.

La falta de involucramiento de los varones en el proceso reproductivo desde su inicio, origina y explica la gran ausencia posterior en la vida familiar y la falta de compromiso, de disfrute y cercanía afectiva con los hijos, asumiendo mayoritariamente un rol reducido, en el mejor de los casos, al de proveedor material.

En una investigación realizada por APROFA en 1993, con adolescentes de extrema pobreza, constatamos que en el 45% de los 422 jóvenes estudiados, el padre estaba ausente del grupo familiar y el 70% de ellos no mantenía ningún contacto con el padre ausente.(APROFA, 1993)

La desaparición del padre es una tendencia demográfica que está influyendo en los mayores problemas sociales actuales: el embarazo adolescente, el abuso de sustancias, la violencia doméstica y la delincuencia.

La problemática descrita está sin lugar a dudas vinculada al proceso de socialización masculina y corresponde a algunos de los costos que los hombres pagan por la definición estereotipada de los roles de género aprendidos, que coartan y limitan aspectos importantes de la personalidad.

Han sido estas consideraciones las que han impulsado a APROFA a desarrollar una línea de trabajo en la indagación y profundización del modelo de masculinidad imperante.

Esta información nos ayudará no solo a planificar estrategias para lograr la integración de los varones a los servicios de salud sexual y reproductiva, sino también contribuirá en el proceso de superar el actual modelo de tipificación sexual masculino.

2. Propósito del Proyecto

Crear conciencia de la necesidad de incorporar y comprometer al varón en los temas de paternidad y salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género.

3. Objetivos Específicos

3.1 Conocer las opiniones, las necesidades y los conocimientos de un grupo de varones trabajadores, en temas de paternidad y salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género, sobre los siguientes temas:

- Roles de Género
- Paternidad
- Violencia en la pareja
- Planificación familiar
- Capacitación

3.2 Conocer la percepción de los varones sobre los Servicios de Asistencia en Salud Sexual y Reproductiva, sus resistencias para concurrir a los Servicios con el fin de conocer sus necesidades y preferencias sobre la atención profesional en dichos posibles Servicios.

3.3 Explorar acerca del Interés en participar en actividades informativas o en cursos de capacitación sobre el tema, en las empresas donde trabajan.

4. METODOLOGÍA

4.1 Naturaleza de la Metodología utilizada.

Considerando el tema de estudio - Salud Sexual y Reproductiva en varones - y el nivel exploratorio de la investigación, se aplicó una metodología cualitativa, específicamente, la técnica de "focus groups" o grupos focales, reconociendo

las ventajas de no utilizar cuestionarios con preguntas cerradas, lo que permitió lograr la profundidad adecuada en un tema poco conocido.

La utilización de esta técnica tuvo como propósito central, acceder al conocimiento, las percepciones, los sentimientos, las valoraciones y las actitudes de los grupos seleccionados, acerca del tema de la salud sexual y reproductiva.

4.2 Especificaciones del método:

- Dependencia física: Sala de reuniones con sistema de grabaciones y ventana de observación.
- Facilitador: Los grupos focales fueron conducidos por un profesional varón de alta especialización en esta metodología. .
- Duración: Alrededor de dos horas.

4.3 Tamaño y composición de los grupos.:

- Número de grupos focales: 6
- Número de varones por grupo: 8 a 10
- Edades: 21 a 50 años
- Estado laboral: activos
- Residencia: Región Metropolitana
- Grupos Socio - Económicos:
C-2 = Medio - medio
C-3 = Medio - Bajo
D = Bajo
- Convocatoria: acorde a las normas de este método

EDAD EN AÑOS	GRUPO SOCIOECONOMICO			TOTAL
	C-2	C-3	D	
21 A 39	1	1	1	3
40 A 50	1	1	1	3
TOTAL	2	2	2	6

5. RESULTADOS DESTACADOS

5.1 Roles de Género:

- Percepción de los roles
Nos interesó particularmente conocer las percepciones de los varones, sobre estos roles al interior de la familia:
 - Los hombres siguen respondiendo al rol tradicional de "proveedores" en un contexto exitista, inestable y exigente.

- El factor fundamental que contribuye a generar el cambio es la incorporación de la mujer al mundo laboral.
- Se percibe dificultades para asumir el cambio de roles, existe ambivalencia.
- Se percibe en todos los grupos, en relación a los cambios en los roles, una cierta distancia entre el discurso y la práctica.
- Las diferencias de opinión son mayores por grupo etáreo que por nivel socio-económico.
- Influencia del trabajo femenino
 - Es generalizada la visualización de que el trabajo femenino atenta contra el rol masculino de proveedor
 - De la incorporación de las mujeres al trabajo, no perciben como beneficios, el desarrollo personal de ellas, la mejoría en las relaciones de pares y mayor acercamiento a los hijos sino, solamente las ventajas económicas.
 - Refieren como desventajas - desequilibrio de poder, menor calidad de vida familiar y abandono de niños.
 - Las mujeres impulsan el proceso de cambios, pero los hombres responden sólo con cambios cuantitativos de "ayuda" y "colaboración" de las tareas familiares.
 - Trabajo femenino no las exime de las funciones domésticas
- Relaciones de poder.

Las relaciones de poder y la toma de decisiones tienen una dinámica diferente de acuerdo al contexto:

 - El ingreso económico aportado por los miembros de la pareja marca las relaciones de poder.
 - La opinión de las mujeres prevalece en las decisiones de tipo domésticas y de los hijos.
 - La opinión de los hombres prevalece en decisiones financieras familiares.
 - La mujer que no trabaja fuera del hogar, pierde poder en la relación con su pareja.

5.2 Paternidad

- El sentimiento de paternidad en los hombres está fuertemente asociado a "deber ser"; responsabilidades y preocupaciones. Se escucha a pocos hombres relatando experiencias placenteras con sus hijos (as).
- Falta conciencia de la pérdida de los beneficios de una relación mas satisfactoria con los hijos (as).
- Para la mayoría de los hombres la "Paternidad" es un cambio de identidad y autoimagen en la vida, pero este cambio está imitado básicamente a la responsabilidad.
- Los hombres de nivel socioeconómico medio-bajo -C-3- participan en menor

grado de la decisión de ser padres. Las mujeres son mas protagonistas.

- En los hombres de nivel socioeconómico bajo -D- la noticia del primer hijo (a) es en general "No esperada", los otros hijos habitualmente son planificados.
- Se detecta falta de conciencia de la necesidad de apoyo educativo para disfrutar de la paternidad y del contacto y relación con los hijos (as)

5.4 Violencia en la Pareja

- El tema de la violencia al interior de la familia es de preocupación para todos los varones consultados.
- Aceptan a medias el derecho de las mujeres a denunciar la agresión física declarando que cuando son ellos los agredidos no hay donde recurrir.
- En el Nivel socioeconómico medio-medio (C-2) con frecuencia reemplazan la violencia física por la agresión psicológica.
- La violencia física dentro de la pareja es mas frecuente en los NSE mas bajos y percibida como una fatalidad que hay que tolerar. Se asocia a la ingestión de alcohol.
- Los episodios de violencia son generados indistintamente por él o ella. Los temas causales son: gastos y economía familiar, celos, desacuerdo y /o desajustes sexuales, criterios de educación de los hijos y distribución de obligaciones y derechos dentro del hogar
- Desconocen instancias de apoyo para prevención y tratamiento de la violencia intrafamiliar.

5.5 Planificación Familiar

- Desconocen el término "Planificación familiar", lo asocian a administración económica.
- Actitud positiva y favorable a la anticoncepción y al uso de anticonceptivos, sin identificarlos con planificación familiar.
- Reconocen los beneficios de Planificación familiar pero no se sienten involucrados o partícipes en un plano de igualdad con la mujer. Estiman que el proceso reproductivo es una responsabilidad fundamentalmente femenina y que su participación y opiniones son secundarias y de apoyo.
- A mayor nivel socioeconómico y cultural aparece mayor la participación masculina.
- En niveles socioeconómicos bajos (D), el factor económico obliga a los hombres a involucrarse en la planificación familiar a partir del 2º hijo.
- Los hombres de los NSE medios-bajos (C-3) son los menos involucrados en la responsabilidad. Hay mayor rigidez en la asignación de roles.
- Los métodos anticonceptivos femeninos son de aceptación y uso general.
- Los varones carecen de información y ésta les llega a través de sus parejas.

- Carencia absoluta de participación activa y propia sobre anticonceptivos.
- No existe relación entre religiosidad y uso de anticonceptivos.
- Actitud ante el condón es positiva solo en las prácticas sexuales extramatrimoniales.
- Existe resistencia a usar el condón con la cónyuge.
- No es visto como anticonceptivo sino como preventivo al VIH.
- La vasectomía es poco aceptada y poco conocida.
- El coito interrumpido o retiro, es práctica habitual sobre la que tienen información adecuada y realista.
- La anticoncepción es vista como responsabilidad femenina y consideran innecesaria la información masculina.
- Reconocen problemas derivados de la desinformación en su juventud pero carecen de motivación para cambiar. Perciben la necesidad de educación sexual en relación a los hijos adolescentes.
- El sistema de salud está estructurado para atender a mujeres y en horarios en que ellas pueden asistir. El varón no se siente acogido y carece de lugares de atención para ellos.

5.6 Capacitación

- Se observa una real necesidad de mayor información y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, basado en escasa participación de los varones en la decisión de tener hijos, poca información sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual y actitud débil en relación a la prevención del VIH/SIDA y ETS en general.
- Para actividades educativas, manifestaron inhibición y resistencia a participar en conjunto con compañeros de trabajo.
- Participarían en actividades de capacitación solo si esta se realizara en horario laboral.
- No perciben ni a las Empresas ni a los Sindicatos o Gremios interesados en apoyar la capacitación en estas temáticas, aún cuando manifiestan reconocer que los problemas con la pareja y los hijos deteriora el rendimiento laboral.
- Expresan no tener espacios ni interlocutores con quienes conversar estos temas en la búsqueda de posibles soluciones.
- Para actividades de capacitación sugieren:
- Grupos de discusión, con metodologías dinámicas y participativas;
- Cursos interempresas que permitan una asistencia donde cada individuo se encuentre con personas equivalentes, no conocidas y fuera de su medio laboral.
- Como lugares donde realizar la capacitación proponen: Colegios de los hijos, Iglesias (Protestantes y Católicas) Clubes Deportivos.

6. CONCLUSIONES

- 1º El estudio muestra la necesidad de trabajar el tema de la paternidad y la Salud Sexual y Reproductiva con los varones, a fin de crear conciencia de los déficit y los posibles cambios positivos que significaría la incorporación y el compromiso de ellos en estas materias.
- 2º Necesidad de promover y acelerar el cambio en los roles de género haciéndolos mas equitativos en lo que respecta a la vivencia de la salud sexual y reproductiva.
- 3º Para cambiar relaciones de poder entre hombres y mujeres es necesario, a largo plazo, reorientar la identidad del rol masculino, especialmente lo relacionado con lo de "ser el proveedor" y "dador de seguridad" a compartir con su mujer las relaciones afectivas y las decisiones sobre los hijos.
- 4º Necesidad de revertir la automarginación de los varones en la temática de Salud Sexual y Reproductiva.
- 5º Necesidad de estructurar Programas Institucionales de Salud Sexual y Reproductiva que incluyan al varón.
- 6º La modalidad mas adecuada para enfrentar el desafío educativo, son los "Talleres de trabajo" con metodologías participativas, en horarios laborales, con participación de trabajadores equivalentes, no conocidos, (de otras empresas) y en locales fuera de su medio de trabajo.

7. RECOMENDACIONES

1. Estructurar Talleres para varones, sobre "ROLES DE GENERO" centrados en la necesidad de la distribución de roles acordes a la nueva realidad social.
2. Preparar Monitores para la ejecución de los Talleres.
3. Preparar material educativo de apoyo a los Talleres, con contenidos dirigidos a lograr un cambio que permita:
 - valorar la integración de la mujer al campo laboral sin afectar la autoestima masculina.
 - Incorporar el tema de género y la definición de masculinidad en forma amplia.
 - Valorar la posibilidad de integrar a la responsabilidad , el disfrute de la relación con los hijos (as), Paternidad, el aspecto emocional de ser padres.
 - Aprender a tomar decisiones compartidas
 - Asumir su función de padres en forma integral.
 - Abordar con la pareja, temas acerca de: afectividad, sexualidad, asertividad y violencia
4. Organizar "Grupos de conversación de parejas" sobre: celos, violencia, criterios en la educación de los hijos, gastos, economía familiar y tareas domésticas compartidas.

Referencias Bibliográficas:

1. Duarte, G.A., *Perspectiva masculina en cuanto a métodos contraceptivos*, Cad. Saúde Públ., Río de Janeiro, 14, 1998.
2. Figueroa - Perea, J.G., *Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva*, Cad. Saúde Públ., Río de Janeiro, 14, 1998.
3. Gómez, A., *Los retos del género*, Revista Mujer Salud, N° 1, 1997.
4. Haniff, N.Z. , *Se supone que los hombres no van allí*, Revista Mujer Salud, N°1, 1997.
5. Helzner, J. F., *Involucrar a los hombres en la Planificación Familiar*, Traducido de *Reproductive Health Matters*, N°7, 1996.
6. Liendro, E., *La enfermedad se llama machismo*, Revista Mujer Salud, N°1, 1997.
7. Luco, A., Montesinos, L., López, A., Echeverría, B. *Comportamiento afectivo y sexual de adolescentes urbanos de extrema pobreza*. Boletín APROFA, XXIX, 1-6., 1993.
8. Marqués, J.V., *Varón y Patriarcado*, Ediciones de las Mujeres, N° 24, 1997.
9. Olavarría, J. Benavente, C., Mellado, P., *Masculinidades Populares*, FLACSO, Santiago, 1998.
10. *Out Look Vol. 14 N°3, Jan. 1997 Involving Men in Reproductive Health*.
11. PROFAMILIA, *Derechos Sexuales y Reproductivos de los Varones*, Bogotá, 1998.
12. Valdés, T., Olavarría, J., *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina*, FLACSO -CHILE, Santiago, 1998.
13. Verme, C. S., Wegner, M. N. Jerzowski, T., *What do you mean by that?*, Populi, Nov. 1996.
14. Wegnrt, M. N. Landry, E., Wilkinson, D., Tzanis, J., *El Hombre como Compañero en las Cuestiones de Salud Reproductiva: de temas a acciones*, Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, N° Especial, 1998.

FORMACION PRE-CONCEPCIONAL DE LOS PADRES Y SEXUALIDAD LA TENSION ENTRE EL CUERPO COMO OBJETO DE LAS CIENCIAS Y EL CUERPO COMO SUJETO PERSONAL

*Dr. Sergio Valenzuela P., Obstetra, Proyecto humanización del Parto
Depto. Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico - U. de Chile*

Las primeras conversaciones que tuvimos sobre humanizar la atención del parto nos hacían ver la enorme cantidad de conceptos distintos que manejábamos, la diversidad de opiniones y por último, lo necesario que aparecía a nuestros ojos, realizar todos los cambios en todas esas direcciones...

Sin embargo, más prudente pareció a la luz de los hechos, el invitar a expertos en las distintas áreas para reflexionar sobre estos temas y poder iniciar un intercambio de opiniones y experiencias orientado a toda la atención de la mujer y no solo al parto.

En la actualidad se habla con frecuencia de humanizar la medicina, como si fuera una sola cosa. Pero si preguntamos que se entiende por ello, para algunos será volver a un trato de persona a persona entre el médico y el enfermo. La experiencia de los pacientes y también de los propios médicos es que se extraña una relación más humana y más cercana, donde haya tiempo para escucharse, donde las personas se saluden, se conozcan por su nombre, se expresen gestos de humanidad, como la compasión, la ternura o el cariño, la gratitud, etc. Todo esto surge como un bálsamo que equilibre la invasión de la tecnología, la premura del tiempo y la despersonalización de los hospitales o las instituciones que hoy día entregan salud.

Habrán otros para los cuales la humanización de la medicina implique el que los médicos se formen en áreas que son necesarias y que han estado un poco olvidadas de la práctica médica habitual. Estas son las llamadas áreas humanísticas.

Sin embargo el significado más profundo es necesario que se produzca a nivel antropológico, esto significa que el valor superior de la persona humana no solo sea una declaración del papel (lo que ya sería bastante) sino que de verdad se vea traducido en las decisiones médicas, económicas, administrativas. Por ejemplo que el valor de la persona no decline con el paso de los años, que se logre respetar al embrión humano, que se le de un trato digno al moribundo para el cual la ciencia dice que ya no tiene nada que ofrecer, etc.

En el presente tema quiero mostrar la necesidad de integrar los conocimientos científico que llevan al desarrollo saludable de un embarazo y que termina con un

producto sano de la concepción con el otro proceso no tan estudiado, más velado, silencioso y descuidado por nosotros que ocurre paralelamente en el corazón de los padres que es el de *tener un hijo*.

El desafío es poder plasmar en este tema una concepción humanista o personalista de los cuidados prenatales y del como dos personas que se amaron en un momento, llegan a constituirse en padres. Que significado existencial puede llegar a tener la paternidad y la maternidad y como hacer que este proceso relativamente independiente que es el biológico, se puede convertir en un factor de humanización.

Quisiera decir que adhiero a todas las definiciones precedente de la humanización de la atención del parto. Sin embargo quisiera también plantear lo que para mi significa esto.

Se ha dicho que la existencia temporal del ser humano es una existencia de cara a un proyecto por realizar. Al contrario de una existencia ya determinada por los instintos y conductas ancestrales de los animales, cada persona puede realizar su propia vida de acuerdo a una idea de lo que es bueno para ella. Esto solo es posible porque somos seres incompletos, inacabados y con una relativa pobreza instintiva que nos permite descubrir espacios de nuestra vida personal en donde hay que inventarse. Esto es lo que algunos llaman el proyecto a realizar. Este es el hombre tratando de completar su humanidad.

En esta perspectiva, la humanización del parto significa para mi, que estos acontecimientos concretos de la vida personal y de tanta trascendencia como son el proceso procreativo contribuyen notablemente o debieran contribuir a realizar esa expansión del ser que esta implícita en la vida humana.

Un parto humanizado, es un **parto para humanizarse**, se levanta por sobre su significado biológico como una oportunidad para completarse, para desarrollarse y crece como ser humano. Asimismo, nos ofrece también a nosotros una ocasión para hacer entrar más humanidad en la medicina. Para tomarse de esa gran cadena que es la vida y contribuir con lo mejor de cada uno.

En esta forma de comprender el embarazo y parto, este se eleva hacia un horizonte diferente del que hasta ahora le hemos permitido. Posiblemente nacer en el siglo XXI no va a variar mucho en cuanto a los hechos biológicos involucrados. Tendremos mayor certeza en el diagnóstico, y con seguridad dispondremos de mayores recursos terapéuticos. Pero podemos desde hoy enfocar una mirada nueva hacia la antropología y la fenomenología de este evento para irlo proponiendo como ocasión privilegiada de humanización.

Toda mujer desea que su embarazo termine en un parto normal, con un niño vivo y sano. Para ello se someten a un sistema de controles que les dan confianza de que todo marchará bien, sin embargo hoy se sabe que algunas de las que llegan a su primer control de embarazo ya cursan una complicación o malformación fetal que podría haberse prevenido si se hubiera realizado una intervención adecuada antes del inicio de la gestación.

Aquellas mujeres son en general pacientes que tienen alguna condición médica patológica con anterioridad, o que consumen medicamentos, o tienen exposición ocupacional a productos, o prácticas sociales determinadas y que pueden tener consecuencias sobre las primeras semanas de un embarazo.

Recordemos que hacia el día 17 de la fecundación se inicia el período llamado de organogénesis y todos los pasos necesarios para proveerle el mejor ambiente para su desarrollo irán en la dirección de un cuidado efectivo prenatal.

Los componentes de una intervención al estilo médico-sanitaria a este nivel comprenderán necesariamente

- La identificación de factores de riesgo
- Educación individual a las necesidades del paciente
- Las intervenciones necesarias para modificar los riesgos, evitar un embarazo o buscarlo.¹

En el apéndice de la charla he agregado un resumen de todos los grandes temas que comprenden hoy la preparación preconcepcional al embarazo.

Sin embargo, dos elementos son relevantes a la hora de evaluar todo lo que los expertos han dicho. Si bien es cierto que un adecuado consejo prenatal puede ser un gran beneficio para casos específicos, hoy sabemos que no garantiza un buen resultado del embarazo. Lo segundo surge de una investigación de Westoff, hecha entre las mujeres casadas en Estados Unidos que señalan un 40% de embarazos no intencionales. El estudio la población de mujeres casadas por suponer que entre ellas habría menos embarazos "accidentales", sin embargo este número tan elevado de ellos tiende un manto de duda al valor práctico real del consejo preconcepcional. Cuántas mujeres están en condiciones de consultar intencionalmente antes de embarazarse y posponer un embarazo para después de un período sugerido por su médico, matrona o consejero?

CONTROL PRENATAL

Si quisiéramos evaluar entonces el verdadero valor en su artículo del Lancet², Nigel Saunders reconoce a tres como las áreas importantes mirando a la obstetricia

del futuro. El área preconcepcional, el diagnóstico prenatal y el manejo intraparto. Tal vez la obstetricia como nosotros la hemos conocido hasta ahora ya no exista más. Porque serán mucho más importantes los eventos del comienzo que los del final del embarazo. Y recientemente David Barker ha escrito una revisión de aquellas condiciones patológicas del adulto que hoy se sabe están en parte determinadas por el ambiente que tuvo el feto durante su desarrollo intrauterino. Hay una asociación "fascinante" dice él entre patrones semejantes huellas digitales intrauterinos y presión sanguínea del adulto postulándose como debido al estado nutritivo del feto a las 19 semanas de gestación. Este profesor de epidemiología de Southampton, propone que varias enfermedades del adulto, como la cardiopatía coronaria, la diabetes no insulino-dependiente, los accidentes cerebrovasculares, estarían más determinados por la alimentación y el ambiente fetal intrauterino que lo que hasta ahora conocemos. Así, los sueños de poder predecir a través de los genes de que enfermedades se padecería en el futuro, y hasta la probables causas de muerte, hoy no estamos tan seguros de que sea posible.

Un estudio reciente de mujeres que donaron sus óvulos para un programa de IVF fertilización in vitro, han confirmado que lo que gobierna el desarrollo y crecimiento del feto es más importante el ambiente de la receptora que los genes de la donante.

Se ha dicho que una vez bien establecido el embarazo y ya han pasado las primeras 18 semanas, donde se determine que el feto esta creciendo bien y que es anatómicamente normal, se desconoce el verdadero aporte de las visitas médicas en cambiar el curso de los acontecimientos hacia un fin de embarazo normal o patológico.

Posiblemente sean necesarios mayores esfuerzos de la investigación biomédica en descubrir predictores certeros para aquellas pacientes que harán un retardo de crecimiento intrauterino, una preeclampsia o un parto prematuro, de modo de poder desmedicalizar al gran grupo de mujeres que realmente no necesitan ni se benefician de tanta visita al médico, de tanto examen y tanta ecografía.

El estudio más serio en este tema lo viene realizando Sikorski y Wilson³ que comparan la efectividad clínica y psicológica del calendario tradicional de visitas antenatales británico contra un calendario reducido de visitas para mujeres de bajo riesgo, midiendo asimismo la satisfacción tanto del grupo de madres como del grupo de profesionales de la salud. Siguieron a cerca de 3000 mujeres dividiendo los controles entre los tradicionales 13 y el nuevo modelo propuesto de 6 ó 7 controles. Clínicamente no existieron diferencias en la morbilidad materno-fetal, no difieren en diagnóstico de hipertensión asociada a embarazo, ni retardo de crecimiento, como tampoco en las variables del parto o puerperio. Solo difiere en la cantidad ecografía que fue mucho mayor en el grupo de control clásico. Tampoco se

diferencian en variables psicológicas como escala de depresión (Edinburgh) posnatal y otras.

La única diferencia significativa en términos negativos para un esquema de visitas abreviado, fue la insatisfacción de las usuarias con el nuevo sistema de control, en el que se sintieron menos atendidas y menos escuchadas con respecto a su embarazo.

CURSOS DE EDUCACIÓN PRENATAL

Con esto quiero recalcar que el control prenatal, en este estudio y en nuestro país no es diferente, tiene como objetivos no solo el velar por el buen resultado de un embarazo, sino también otros que son tanto más relevantes e influyentes como las funciones de prestar apoyo social y emocional, dar información sobre el proceso que se encuentra en curso y las diferentes posibilidades que permitan a cada mujer optar en un momento por soluciones adecuadas a sus propias necesidades.

Si desprendemos del estudio Inglés, que es posible mantener la calidad médica del control con 6 visitas, nuestro propio sistema de controles nos dan un espacio de 4 ó 5 controles extras para ir orientando y conociendo los temores y esperanzas de cada embarazada.

Un estudio en Suecia 4 nos puede mostrar la utilidad de los cursos de educación prenatal. Las mujeres adoptan el contenido de la educación en diferentes modos. Por miedos y temores irracionales, algunas se bloquean a nuevos conocimientos, para ellas los cursos no aportan nada. Otras recibieron una información inconsistente y experimentaron su parto como peor de lo que esperaban, y por último, algunas, gracias al aumento de sus conocimientos y que se pudieron confirmar en el nacimiento contribuyeron a una mejor experiencia de la que ellas esperaban. Lo que nos refuerza en el hecho de que cualquier modelo de educación prenatal que no tome suficientemente en cuenta las consideraciones individuales de las mujeres y sus percepciones parece ser inadecuado. Cada mujer va a construir una expectativa de su parto con base individual que toma en cuenta su propia realidad en el momento del embarazo y los cursos de educación prenatal debe considerar las expectativas propias a la preparación para el nacimiento.

A estas alturas es un dato muy importante que la información que se entrega apoye el sentido, la comprensión y la direccionalidad del proceso que se está viviendo. Este sentido debe ser reforzado o entregado explícitamente en los cursos de preparación y educación pre-natal.

Por último, aún cuando la satisfacción es alta y las participantes suelen disfrutar de los cursos, estos no se han mostrado relevantes a la hora de hacer diferencias notorias

en cuanto a la decisión de uso de analgesia, de estadía hospitalaria, tipo de parto o resultados en la lactancia si no se han producido cambios vitales significativos.

Esto apunta al hecho de que coexisten simultáneamente sentimientos positivos y negativos, confirmando el carácter multidimensional de la experiencia de nacer. Tanto los factores físicos como psicosociales deben ir iluminando la importancia de comprender de manera distinta los cuidados necesarios en el embarazo y parto.

Se ha estudiado a las mujeres que se describen ellas mismas como extremadamente miedosas⁵ y las razones por las que experimentan ansiedad. La ansiedad se deriva de una pérdida de confianza en el equipo médico en un 73%, en miedo a la propia incompetencia en 65% ó miedo a perder el control 43%, en miedo a morir ella, el niño o ambos 55%, y por último, el miedo al dolor no es tan importante como se pudiera pensar con un 44%. En muchas existía más de un foco de ansiedad.

Estos factores hasta hoy desconocidos de hecho y no considerados en la toma de decisiones organizacionales, en el trabajo clínico influye también en el trabajo de parto. La medición de variables psicológicas en el embarazo⁶, tienen fuerte correlación con medición de variables biomédicas en la segunda fase del trabajo de parto. Conflictos no resueltos relacionados con la aceptación el embarazo se han asociado a .39 de correlación con ansiedad, a .59 con niveles elevados de epinefrina materna, y negativamente -.7 y -.52 con actividad uterina (Unidades Montevideo) y duración de la segunda fase de dilatación del trabajo de parto (3-10 cm.) Estos estudios han demostrado utilidad en predecir el progreso del trabajo de parto. Lo anterior tiene una enorme relevancia si pensamos que las distocias del trabajo de parto son la primera causa de cesárea en todas las últimas publicaciones sobre el tema.

EL SER HUMANO CUERPO - ESPÍRITU

Esto nos hace volver la mirada hacia la tensión augurada en el encabezado del tema. El cuidado corporal, cuerpo como objeto de estudio científico y de cuidado de la medicina versus la realidad del cuerpo personal, el cuerpo de un ser que es biología y espíritu. Ya que todas las acciones del hombre son a la vez somáticas y psíquicas estamos en condiciones de asegurar que el valor biológico de un comportamiento no se reconoce puramente en los órganos que utiliza, el embarazo no es del útero, la sexualidad de los órganos sexuales y el pensamiento del cerebro, nada de esto puede comprenderse solo en el lenguaje de la materia, de la anatomía, hay que encontrar una regla distinta de las sistemas físicos. Existen relaciones entre los seres vivos que no corresponden del mismo modo que las leyes de la física, sino a relaciones dialécticas.

El ser humano está en constante estado de adaptación biológica, psicológica y social y aún así, el todo no es igual a la suma de las partes. Porque para cada individuo existen una estructura general del comportamiento como describe Merleau-Ponty⁷ que se expresa por ciertas constantes, por los umbrales del dolor y de la motilidad, de la afectividad, de la temperatura, de la respiración, del pulso, de la presión arterial. De modo que cada organismo tiene su manera propia de realizar el equilibrio y la adaptación y los determinantes interiores de ese equilibrio están dados por la actitud general ante el mundo.

Entramos entonces en un momento del desarrollo del tema en el cual, se nos hace necesario un paso adelante. Todas las indicaciones que conoce la ciencia obstétrica para un adecuado cuidado pre concepcional, no son sino fenómenos parciales de una realidad que se puede expresar en ellos, pero que no esta contenida en ellos, ese es el aspecto del contexto real o global del significado, del sentido del embarazo.

El sentido del organismo es manifestar intencionadamente su propio ser. He aquí el drama central de nuestra cultura cual es, la pérdida de sentido de lo humano por un extravío de las nociones más básicas de lo que es el hombre.

Esta crisis antropológica en sus aspectos más dramáticos la vive nuestra propia conciencia en el trabajo cotidiano con nuestros pacientes. Surge como evidente a la propia experiencia que nuestro campo de trabajo es la persona, en ella existe una pluralidad de acciones diferentes, algunas más biológicas, otras preferentemente psíquicas y las hay también de orden espiritual. Pluralidad de acciones diferentes en un mismo sujeto. Unidad de ser en la diversidad de funciones. Esto significa también la posibilidad intrínseca de conflictos en esa diversidad. Aquí esta a mi juicio la médula del problema que nos concentra en estos días. Como hacer debutar un mayor grado de humanidad en nuestro quehacer. Un camino privilegiado es considerar así a la persona, en su unidad sustancial. Nuestro arte y nuestra ciencia al servicio de integrar los dinamismos de la persona hacia una unidad de ser que en la persona humana es ante todo unidad de significado.

El embarazo entonces, puede resultar un "modelo" paradigmático para que desarrollemos algunas reflexiones sobre este asunto. Como en diferentes acciones, se da la unidad sustancial de la persona. Es la misma persona la que está embarazada, como dato biológico, la que "sufre" los cambios fisiológicos y afectivos a los que esta condición biológica la somete y la que "sueña a su hijo", la que lo teje en su vientre y se prepara para una vida futura imaginaria.

El hecho de que el embarazo se pueda tratar como categoría biológica no neutraliza en modo alguno la paradoja de su significado. el que debe apreciarse en su justo valor ontológico, cosa que como dice Levinas, jamás se ha conseguido hasta ahora.

LOS PROCESOS SIMULTANEOS EN LA UNIDAD DE LA PERSONA

A la embarazada, que biológicamente carga un *producto de la gestación*, podemos ver como es descrita fuera de ese lenguaje técnico. Hay muchas idiomas en los que hay coincidencia de términos. Una de las formas coloquiales para decir que alguien ha logrado embarazarse es decir que ha **concebido** un hijo. Es una coincidencia curiosa como lo expresa bellamente Jerome Lejeune, cuando señala que esta similitud de términos de muchos idiomas en torno a la **concepción del hijo** no se debe a una pobreza del lenguaje, sino más bien a una intuición maravillosa de la inteligencia humana. Una idea se concibe, un proyecto se concibe, un hijo también se concibe como se hace con una idea, es el espíritu y la materia juntos, la misma palabra para definir a ambos.

Si este proceso de concebir un hijo no se logra, pudiera ser que el embarazo termine bien medicamente, pero ese hijo será un **huérfano de padres vivos**.

Entonces debe existir un tipo de medicina que no disocie la experiencia que intuyen los matrimonios que han concebido un hijo. Que no introduzca el conflicto en la unidad del proceso y de los dinamismos de la persona sino que más bien refuerce la necesidad de hacer los dos procesos en conjunto. La afirmación anterior no desconoce el hecho de los múltiples cursos que puede seguir un embarazo. Pero más que nada reafirma lo que hace años postulara un trabajo sobre el significado cultural del nacimiento⁸. No existiría culturas en el mundo en las cuales el nacimiento sea tratado con indiferencia. Creencias culturales y valores asociados al nacimiento tocan todos los aspectos de la vida social en cualquier cultura determinada y así como los valores y convicciones prestan una perspectiva de significado del nacimiento para la parturienta. Se tiene en este momento la oportunidad de compartir con la mujer, promover el logro de asumir la maternidad, y realzar la relación con su significado y enriquecer sus perspectiva familiar.

Este fuerte acento en la conciencia de significados, se traduce en la gran variedad de expresiones asociadas como por ejemplo útero es matriz o molde pero también regazo, seno, y en el lenguaje ideogramático que viene de los chinos el útero se designa por 2 "letras " o kargi, uno significa templo o santuario y el otro significa secreto, escondido, oculto. En todas las lenguas se vuelve a percibir que el lugar desde donde hace entrada en el mundo un ser humano, es siempre un lugar digno de él, utilizando una metáfora que evoca lo mismo en diversas culturas. En la biblia, en 9, Cuando Moisés llama a Yavé lo llama con varias palabras, pero una de ellas es *Raham*, que significa, entraña, vientre, acogimiento.

Pero quisiera advertirles que no se trata como dice Viktor Frankl de que nosotros queramos arrojarles nuestras convicciones o imponerles nuestras visiones a la gente,

sino que son nuestras pacientes, en nuestras horas de trabajo, las que nos suscitan la interrogante del sentido de la vida.

LA SEXUALIDAD Y SU RELACION EMBARAZO-PARTO-PERPERIO

Para enlazar el tema de los cuidados prenatales con la realidad de la persona se nos ha pedido que desarrollemos el contexto de la sexualidad en el embarazo y la lactancia.

Si miramos los "trabajos científicos" que hay sobre el tema, muy luego llegaremos a la conclusión que tratar a la sexualidad en forma estadística desde afuera, no es posible. Dijimos que solo las cosas se observan desde afuera y siguen comportamientos asimilables a las leyes de la física. Los cuestionarios que se utilizan parecen la más de las veces superficiales y el valor numérico no se condice con la realidad que se mide, estos informes nos hacen evidente su propia insuficiencia para alcanzar sus objetivos. Para la mayoría de los investigadores la sexualidad es una función biológica más, olvidando que las cosas se pueden medir por externalidad, pero las personas tienen intencionalidad.

Si vamos a un cuadro y leemos al pie de las columnas las fuentes de orgasmo durante el embarazo y debajo de las columnas de cifras: masturbación mutua tanto %, relaciones sexuales tanto %, juegos sexuales etc... Vemos que es la misma técnica de clasificación de las cosas, por ej, toneladas de alambre, de acero, etc. Le suponemos a esas toneladas de cosas, propiedades iguales entre si a cada una de las cosas clasificadas. En la sexualidad, esta hace alusión a lo vago, a lo confuso, lo pequeño, a lo sutil, lo personal. Si se rechaza lo complejo del sistema por asimilación o reducción se elimina la posibilidad de entenderlo.

QUE DICEN LAS ENCUESTAS

Si concedemos espacio para esa mirada estadística, podemos resumir las encuestas diciendo que el embarazo muestra una modificación de la vida sexual con cambio de frecuencia en lo referente a la libido y el orgasmo así como las distintas posiciones corporales durante el encuentro sexual. También hacen notar una progresiva disminución de la misma durante el curso del embarazo. Estos autores muestran que la sexualidad medida como frecuencia de relaciones, deseo sexual y satisfacción¹⁰ muestra una merma desde el primer trimestre y no logran demostrar lo afirmado por Master en el sentido de un incremento de los parámetros de la vida sexual evaluados hacia el segundo trimestre.

Muchas mujeres en las distintas encuestas reconocen que su vida sexual se ha modificado por el curso particular que tomó el embarazo, por indicaciones médicas

y también por temores a dañar al niño. Hay acuerdo asimismo en que son muy pocas las mujeres que conversan de estos temas con su obstetra, reconociendo en diferentes trabajos cifras entre un 7 a un 19 % solamente a las mujeres que se atrevieron a consultarlo con alguien del equipo de salud y la mayoría se centró en temas relacionados con el efecto que las relaciones tendrían sobre el embarazo.

Lo que si se conoce es que las personalidades equilibradas y las mujeres con más información modifican escasamente su vida sexual y si para ellas el embarazo es una ocasión para expandir su propia personalidad lo será del mismo modo en relación a la vida de pareja.

Usaremos algunas frases textuales del libro *Mujeres; la sexualidad secreta* de Patricia Politzer y Eugenia Weinstein para introducirnos al tema sexual en una orientación que vaya más allá de las estadísticas 11 diremos con ellas que " el sexo inventa un lenguaje nuevo, una manera especial de presentarse frente al otro. Constituye una forma distinta de dar y recibir, de hacer cariño y de expandir las acciones conjuntas. El sexo abre el yo más profundo de la persona. Permite acceder a zonas distintas, muchas veces desconocidas, para transmitir las al otro ... y más allá del desarrollo personal que la mujer encuentra en el sexo, este es indispensable para cimentar una relación de pareja estable" dicen más adelante... " hemos visto a lo largo del libro que no hay nada mejor para el buen sexo que una relación de complicidad, de confianza y afecto".

LA PAREJA HUMANA Y LA CONSTRUCCION DE SIGNIFICADO

Dijimos que si la sexualidad se analiza desde la exterioridad de los comportamientos al igual que las cosas, el análisis choca contra el significado que para cada persona tiene su vivencia íntima. Pero sin entrar a calificar según las cifras, la repercusión individual de lo vivido, tengo la experiencia como obstetra que las actividades humanas siempre van engarzándose según un cierto orden interior que aseguran globalidad de significado.

Me ha correspondido acompañar a mujeres casadas y solteras, con y sin pareja, y siempre la sexualidad se modifica en algún sentido. Pareciera que las personas orientan su energía según la tarea que asumen como prioritaria. El esfuerzo requiere de una energía y una capacidad de dedicarse a esa tarea intencionadamente. Esa cantidad de energías de la que dispongo como ser contingente es limitada. Por lo tanto, si la actividad sexual se ha modificado durante el embarazo ¿ En que afanes se encuentra concentrada la mujer embarazada que atrae sus energías? Algunos las habrán visto más sensibles, más lloronas dirán otros, pero sin ir más allá en la reflexión que explicárselo por una simple variación de las hormonas durante la gestación.

En los primates, la agresividad de la hembra disminuye en el período de estro, luego su intolerancia va en aumento hasta alcanzar el máximo en los días del nacimiento de las crías para luego volver a lo normal. En otras especies la hembra cuida de que el macho no se acerque al nido y al hacerlo este es enérgicamente expulsado.

¿ Como entender la unión sexual en el hombre, si desde hace millones de años, la estrategia elegida por la vida para su expansión ha sido la diferenciación y la atracción sexual? Una vez producido el embarazo, donde ubicaremos al ser humano en ese espectro tan amplio que va desde la ostra que pone 500 millones de huevos por año hasta el otro extremo donde están los animales antropoides que tienen una cría cada 5 ó 6 años y durante este tiempo, se dedican al cuidado de su hijo, lo amamanta, inhiben su propio estro y no son sexualmente receptivas¹² .

Se desprenderá de todas las citas precedentes , que estamos manejando el concepto distinto de la sexualidad. La entiendo como una salida de mí y como fuente de reafirmación y de expansión de la persona a través de esa salida. Para ser tengo que comunicarme, y para comunicarme, tengo que hacerlo a través del realismo corporal, atravesar el realismo del cuerpo que surge como límite pero a la vez como herramienta , de expresión.

De hecho el cuerpo tiene un valor simbólico en relación con nuestro tema de la sexualidad y el embarazo. Piensen en que el cuerpo, su cuerpo es obra de otro, o más exactamente de otros. Hemos recibido un cuerpo de la unión de dos personas, de nuestros padres .

Este "dato" nos pone en una sintonía y hace referencia a un orden interno de la cosa corporal que está preñado de significado. Si nos permitió descubrir el propio cuerpo como obra de otro, y el cuerpo humano es un cuerpo personal, dijimos que es una unidad con la persona, podemos también descubrir el propio ser como obra de otro. Para entender la plenitud del significado corporal de la sexualidad tengo que esforzarme, por abrirme a la realidad que en el encuentro sexual voy recibiendo mi propio ser y voy contribuyendo inseparablemente también a la construcción de la realidad personal de la amada. Mi ser como obra de otro y su ser como obra mía. También el hijo se construye por obra de nuestros cuerpos. Entonces nuestro amor sexual es lenguaje que crea al otro.

En algunas culturas africanas, concretamente en la tribu Azande se considera que el espermatozoide del padre es un elemento importante para que el embrión crezca. Lo mismo se encuentra entre los Chukchees, tribu siberiana que entre otras originalidades, consideran que las relaciones frecuentes durante el embarazo contribuyen a solidificar el embrión , que ellos imaginan como líquido. Una vez más esa intuición que busca el sentido de lo humano¹³ .

¿En qué afanes esta la mujer que reorienta su energía sexual durante el embarazo? Esta construyendo una realidad nueva. Tomando las cosas de la naturaleza, así como extrae de él las herramientas, para fabricar un mundo nuevo, toma lo que le es dado del embarazo, las reorienta y usa el aquí y el ahora que se le da también como regalo para expandir su existencia. Como dice T. de Chardin¹⁴, "si el hombre y la mujer son principalmente el uno para el otro, entonces concebimos que, cuanto más se humanizan, más sienten, por este único hecho, una necesidad mayor de aproximarse".

Sin embargo esto no podría ser si no construye una relación particular de modo que genere un submundo que le permita experimentar su vida como dotada de sentido. El centro hacia el que los dos amantes convergen es o por lo menos debiera ser, un grado mayor de humanidad. Sin salir del círculo del cual son presa por el amor, deben abrirse a la presencia de un otro que los devuelve a la realidad siendo más personas. Ese es el hijo, quien se levanta como un regalo, un don que fortalece notablemente el vínculo común.

En el momento actual, en el cual, el sujeto esta fuertemente amenazado por la pérdida de sentido, el matrimonio juega un papel importante de protección a la vez que crea un espacio de integración y le permite experimentar su vida como provista de sentido.

Si tomamos algunas premisas de la microsociología, veremos que el "mundo construido socialmente debe ser continuamente mediado, actualizado por el individuo, de modo que pueda también convertirlo en su mundo"¹⁵. Esto por supuesto incluye al mundo de la medicina y los cuidados prenatales de los que hemos hablado.

En la relación de pareja deben conciliarse 2 definiciones individuales de realidad. Con la dramática redefinición de la situación que ocasiona el matrimonio, todas las conversaciones se centran en su relación mutua. ya que fue precisamente con esta intención que iniciaron esta relación... no me imagino vivir sin ti, mi bienestar ligado al bienestar tuyo..."

En este intento por encontrar una relación con el mundo que le permita vivir en él, es necesario crear un espacio que no le sea extraño, que refleje su propio ser. Con su pareja, la mujer esta continuamente aportando sus concepciones de la realidad, la que luego de llegar a ser conversadas una y mil veces, pasan a ser comunes. En esta conversación matrimonial, no solo se construye un mundo, sino que este se mantiene en constante reparación y reabastecimiento. La pareja además no sólo reconstruye la realidad presente, sino que también crea una memoria común que integra los recuerdos de los 2 pasados individuales y se comparten los horizontes futuros.

Así, finalmente la realidad que ha sido inventada dentro de la conversación matrimonial, es percibida subjetivamente como un descubrimiento. Por eso se dice que los cónyuges se descubren a si mismos, y al mundo, descubren quienes son ellos realmente, en que creen y como sienten.

Si esto lo llevamos a la integración que hace George Bataille sobre la erótica y el amor, dice que eleva el gusto de un ser por otro a un grado de tensión en que la privación eventual de la posesión del otro- no se resiste menos duramente que la muerte.

Es obvio que todo lo descrito, puede no pasar, y de hecho no pasa nunca para algunas personas, porque no se descubren en el lenguaje del sexo, porque no inventan una realidad común, o un mundo con el que soñar. Algunos hombres no entienden en que están sus mujeres cuando están embarazadas. De hecho sucede que muchos ni siquiera llegan a enterarse que estan embarazadas. Pero ¿todo esto puede echar por tierra la tesis que he ido defendiendo, esto es, que el embarazo es causa y ocasión para una mayor humanización? . Creo que siempre será mejor tener algo que decir a través de una relación sexual, creo en que siempre será mejor tener un mundo común dentro del cual cobijarse y sacar fuerzas para enfrentar la vida y también la muerte.

LA TEORIA DEL DON, ESPECIFICIDAD HUMANA.

Al analizar la tabú del incesto en los orígenes de la humanidad, Lévi-Strauss¹⁶ nos entrega un dato valioso sobre el hombre. Dice que este es capaz de rehusar el dar satisfacción a sus necesidades animales, darle curso libre a necesidades que el animal no pondría trabas. El Don es en sí una renuncia, es la prohibición del goce animal, del goce inmediato y sin reservas. En el caso de la hija o la hermana dada en matrimonio, el don no es visto por este autor como asunto de los cónyuges sino como asunto del "donador" de la mujer que podría haber gozado libremente de ella y que la da. La renuncia del pariente cercano dice Lévi-Staruss define la actitud específicamente humana contrapuesta a la voracidad animal. Así se renuncia a la relación sexual, y como esta alivia una tensión sexual, el don alivia una tensión que pugna por salir a la luz. Esta tensión resuelta es la propia humanidad del hombre que crea un mundo donde el respeto, y la reserva prevalecen sobre la violencia y la posesión.

Esta teoría del don que se traduce en la capacidad del ser humano para renunciar a ponerse primero, capacidad para salir de sí, implica también una cierta necesidad de educarse en esa capacidad.

Los órganos sexuales vienen a estar en íntima comunicación con la zona límbica, que a su vez es sede de las emociones. Es el lugar de lo que nos conmueve, y nos

permite sobrevivir. Hambre, sed, búsqueda de alimentos, protección y huida. El poder integrar todo lo sexual al resto de lo instintivo y hacerlo algo orientado a un orden que abarque la totalidad de la vida humana, al proyecto personal. Este orden se basa en la tierna amistad entre un hombre y una mujer y en los vínculos que los unen a ambos con sus hijos.

Ayudar a Nacer en el siglo XXI, significa para mí, cruzar yo mismo muchas veces, de ida y de vuelta, una barrera que generó la propia ciencia. Enfrentaré a mis pacientes con dos convicciones, una es que la vida para vivirse requiere de darle un sentido, y la otra que he aprendido junto a mi mujer, mis pacientes y con algunos colegas. Que su vida ha encontrado sentido en el don de sí, que los hijos han contribuido notablemente a su propia madurez y allí radica la verdadera preparación para ser padres, en prepararse para dar de sí, dar la confianza, el cobijo, la acogida, el consuelo, la seguridad, para darse ellas mismas.

Un cronista medieval, señala a "la mujer como la portadora del don gratuito de sí, ella es quien lava el cuerpo del niño al nacer y lava el cuerpo del hombre al morir"¹⁷. Por lo tanto es esperanzador, que en un seminario como este, nos hallamos congregado tras la búsqueda de más humanidad para el siglo XXI a través del embarazo y Parto. Existe tras esta autoconvocatoria una profecía autorevelada. Que será a través del trato que le demos a la mujer embarazada como será el mundo del futuro. Un mundo que aún no llega, que no existe y que hoy lo tenemos que inventar y soñar.

CONDICIONES PREVIAS A LA GESTACION

Estas no sólo pueden ser peligrosas para el niño sino también para la madre que se embaraza. Enfermedades como la hipertensión pulmonar primaria, el Síndr. de Marfan, tienen no sólo mortalidad fetal elevada sino también mortalidad materna que sabemos hoy se encuentra cercana al 50%.

La diabetes insulino - dependiente reducirá notablemente sus tasas de malformaciones si logra mantener estables sus niveles de glicemia en el período de organogénesis. También se logra impacto en disminuir las malformaciones fetales con cuidados dirigidos a detectar enfermedades infecciosas. Algunas de ellas se evitan con medidas como la reciente vacunación para el Síndr. de rubeola congénita o las malformaciones asociadas. Asimismo, las mujeres con riesgo de exposición a virus Hepatitis pueden identificarse y tratarse, ya que sus hijos pueden llegar a ser portadores crónicos y 1 de cada 4 de ellos desarrollará alguna enfermedad hepática. También las mujeres expuestas a citomegalovirus, TBC o toxoplasma pueden realizarse pruebas diagnósticas para estas enfermedades. Lo mismo se puede lograr en los casos de infección por VIH, virus de Inmunodeficiencia, quienes podrán decidir si optan por tener un hijo o no y si es así, que este sea en las condiciones de la mejor etapa de su

enfermedad, y con los mínimos riesgos asociados. En esta decisión también será necesario una conversación realista sobre los verdaderos alcances de un embarazo para ella, para su hijo y el futuro que hasta ahora sabemos les espera.

El Cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente durante el embarazo. El pronóstico empeora si su diagnóstico se difiere o su tratamiento se ve pospuesto por el embarazo, por ello se ha propuesto realizar evaluación preconcepcional para aquellas mujeres que tienen más riesgo por edad o por antecedentes familiares. También hay que ser prudentes en aconsejar sobre la base de cursos naturales desconocidos o controversiales en embarazos en los cuales ha existido un Cáncer de mama previo.

MEDICAMENTOS Y TERAPIAS MÉDICAS

Tal vez los que más recordamos son los efectos de las drogas anticonvulsivantes. Las pacientes con epilepsia (0,5% de todas las embarazadas) tienen mas riesgo de embriopatía y malformaciones. No está del todo esclarecido si es sólo por los medicamentos, por el desarrollo de convulsiones o una combinación de ellos, de modo que las decisiones deben orientarse a determinar si el retiro del tratamiento es una medida prudente, siendo este tiempo recomendado cuando al menos no ha presentado convulsiones por 2 años. No se recomienda que se embarace antes de los seis meses de logrado el control de las convulsiones

También plantea desafíos el encontrar el mejor momento y terapias alternativas para aquellas mujeres que están recibiendo terapia anticoagulante. La temida embriopatía warfarínica por los derivados dicumarínicos hacen una gran diferencia de pronóstico si la terapia ha pasado a heparina en las semanas previas a la concepción.

Sin embargo hay otros medicamentos que se han asociado a un alto potencial teratogénico como y que a su vez están indicados en personas que tienen más posibilidades de un embarazo no intentado. Un tratamiento aprobado por la FDA para el Acné quístico severo, el isotretinoin causa malformaciones craneofaciales severas, del SNC y cardiovascular.

Lo mismo ocurre con las drogas nuevas y que aún no han sido suficientemente exploradas. Las mujeres que las consumen tendrán que contar con la información de ese desconocimiento.

Por último, aún cuando no hay evidencias que los anticonceptivos orales o los implantes sean teratogénicos, pareciera prudente, dicho por el American College of Obstetrics and Gynecologist que el cuerpo se prepare volviendo a sus ritmos menstruales normales. En algunos casos, ellos requieren de un largo tiempo para la normalización de su potencial reproductivo.

NUTRICION Y ESTILOS DE VIDA.

El consumo preconcepcional de ácido fólico se ha asociado a una disminución de hasta un 73% de defectos del tubo neural.

También se ha estudiado como el conocimiento de algunos factores que implican una preocupación prenatal por parte de los padres ha ido cambiando. Algunos estudios de consumo de ácido fólico antes de la concepción en mujeres americanas señalan que ha aumentado desde un consumo de un 3% en los primeros estudios hasta un consumo actual de más del 32% producto de los medios de comunicación y también de los consejos médicos pre-gestacionales. Los focos de atención se deberían centrar en mujeres jóvenes de escasos recursos y baja educación que serían las que menos consumen.

Sin embargo como el embarazo no intentado es inevitable, se han hecho esfuerzos por transformar el consumo voluntario por un consumo estático a través de su adición a productos elaborados como el pan o cereales, como ocurre con el fluor, el iodo, el zinc y otros. Se ha recomendado un suplemento de 0,4 mgr diarios para mujeres que desean embarazarse.

Otros ejemplos de consejería sobre estilos de vida o trabajo, que incluyen exposición a solventes orgánicos, pesticidas, metales pesados. También la evidencia acumulada en torno al consumo de tabaco, alcohol, cafeína, cocaína permiten identificar pacientes que desarrollaran un bajo peso de nacimiento, parto prematuro otras patologías obstétricas conocidas. El alcohol es la causa identificable más comunmente asociada a producir retardo mental en el recién nacido.

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

El embarazo es uno de los eventos vitales de mayor envergadura que puede acontecer en el transcurso de la vida de una persona y pone a prueba sus capacidades para enfrentarlo y adaptarse a los cambios biológicos, psicológicos e interaccionales. De igual forma, tensiona las relaciones dentro de la pareja y la familia, produciendo cambios a nivel de estos sistemas.

Referencias Bibliográficas:

1. Acog Technical Bulletin nº 205 may 1995 Preconceptional Care
2. Saunders N., *Pregnancy in the 21st century: back to nature with a little assistance. The Lancet* 1997; 349: 17-19
3. A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visit: the antenatal care project. Sikorski J, *British Medical Journal*, 1996;312:546-553 (2 March)
4. Women's perceptions of childbirth & childbirth education before and after education and birth. Hallgren A. *Midwifery* 1995, Sept;11(3):130-137
5. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. Sjogren B. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997 Dec;18 (4):266-72
6. Relationship of psychological factors in pregnancy to progress in labor. Lederman RP. *Nurs Res* 1979 Mar-Apr;28(20):94-7
7. La estructura del comportamiento M. Merleau-Ponty
8. Cultural meanings of childbirth. Callister LC. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1995 May;24(4):327-31
9. Exodo 34, 5-7
10. Introducción a la sexología médica, W Passini y G Abraham Ed. Grijalbo Cap 19 Sexualidad de la mujer embarazada y del postparto.
11. Mujeres : la sexualidad secreta, Patricia Politzer y Eugenia Weinstein, Ed. Sudamericana Pg 236-8
12. Hugo Liaño; Cerebro de Hombre, Cerebro de Mujer, Ed. SineQuanon 1998
13. Introducción a la sexología médica, W Passini y G Abraham Ed. Grijalbo Cap 19 Sexualidad de la mujer embarazada y del postparto.
14. Pierre Teilhard de Chardin, La Energía Humana E. Taurus Pg 81-83
15. Peter Berger, Facing up to modernity: Excursions in Society, Politics and Religion, N York 1977
16. Claude Levi-Straus; Les structures élémentaires de la parenté. 1949
17. Lucia Santa Cruz, presentación libro Paternidad Responsable y transmisión de la vida

CAMBIOS PSICOLOGICOS DURANTE EL EMBARAZO

*Dr. Rubén Alvarado M.
Psiquiátrica, División de Producción de la Salud
Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile*

E Durante el primer trimestre

Ante la noticia, y dependiendo de la situación, se producen sentimientos de felicidad y alegría, junto con la ansiedad de adaptación a la nueva situación. En el primer tiempo, hay un estado de incredulidad que ayuda a asimilar gradualmente los cambios.

Las gestantes viven un cambio en sus intereses, volcándose hacia "mi embarazo". Ellas inician una búsqueda de modelos que les permitan asumir mejor el rol de madre (habitualmente su propia madre, amigas u otras mujeres).

Las ansiedades propias de este período dicen relación con la incertidumbre por la existencia de su embarazo y ante el peligro de perderlo (en las primigestas es frecuente ver que diversos síntomas se interpretan como signo de aborto).

Durante el segundo trimestre

Este período es coincidente con el inicio de los movimientos fetales. Lo central de esta etapa es la relación entre la madre y su hijo. Ella comienza a tener sensaciones que le permiten identificar a su hijo como un ser con vida propia. Durante el trimestre anterior esta relación era sólo en el plano imaginario.

Se produce la familiarización de la madre con el feto, surgiendo fantasías acerca de la guagua. Los intereses de la madre se desplazan desde "mi embarazo" a "mi guagua".

Los movimientos del feto son importantes porque dan seguridad y tranquilidad a la madre, al mismo tiempo que marcan su independencia de ella.

Las ansiedades propias de este período se relacionan con la percepción de los movimientos (especialmente en las primigestas), relativas al hijo (por malformaciones, por la responsabilidad asumida, etc.) y por potenciales daños personales.

Durante el tercer trimestre

En este período se experimenta una impaciencia por terminar el embarazo y tener su hijo. Esto prepara a la madre para la separación corporal que se producirá después del parto.

Los cambios fisiológicos tales como el aumento de peso, las contracciones y los movimientos fetales, facilitan esta impaciencia.

Todos estos cambios conllevan una normal intensificación de las ansiedades, cuyos contenidos más frecuentes tienen que ver con: sufrir un accidente, morir en el parto o la muerte del niño.

CAMBIOS PSICOLOGICOS DURANTE EL POSTPARTO

Las primeras reacciones emocionales al tener un niño sano y normal son de alivio, alegría y satisfacción. El encuentro de la madre con su hijo es un momento muy relevante, en especial cuando se da inicio al amamantamiento.

La madre debe asumir su rol sin haber tenido un aprendizaje especial para esto, con una serie de molestias físicas y una alta demanda por parte del niño.

Gran parte de la preocupación del entorno se centra en el niño, a pesar de que la mujer está muy necesitada de afecto, halagos y apoyo. No es infrecuente que a ella la invada una sensación de vacío interno y pena sin motivo, que el recién nacido no ayuda a mitigar, ya que pasa gran parte del día durmiendo.

La mujer espera de su pareja que le brinde mucho apoyo. Sin embargo, este también está sometido a una gran tensión para adaptarse a los cambios. Esto posibilita un incremento de los conflictos de pareja.

En síntesis, se produce un cambio drástico en todo el sistema familiar (padre, madre, hermanos, pareja, etc.).

TRASTORNOS PSICO(PATO)LOGICOS RELACIONADOS AL PROCESO GRAVIDO - PUERPERAL

Los podemos dividir según si aparecen durante el embarazo o durante el puerperio.

Durante el embarazo destacan los cuadros ansiosos y depresivos. La hiperemesis gravídica y el pseudo - embarazo son infrecuentes.

En el puerperio se puede observar: la disforia del postparto, la depresión del postparto, la psicosis puerperal y la falla en el vínculo madre - hijo. Nos abocaremos a los dos primeros por ser los más frecuentes y estudiados.

CUADROS DEPRESIVOS DURANTE EL EMBARAZO

Una revisión de diferentes trabajos muestra que la incidencia de depresión durante el embarazo fluctúa entre 4% y 16% y la presencia de síntomas depresivos va entre 30% y 38%. Las diferencias en los resultados se deben a la heterogeneidad en el uso de instrumentos y criterios diagnósticos.

En Chile, se han reportado prevalencias entre el 7.8% y el 30.2%. Esta gran variación también depende de la metodología diagnóstica usada.

En un trabajo que hemos realizado con una cohorte de 125 gestantes, provenientes de zonas urbanas y rurales, a las cuales se les practicó una entrevista clínica realizada por un médico - psiquiatra, encontramos una prevalencia de 29.0% de cuadros depresivos (2). Al estudiar qué variables se encontraban asociadas, descubrimos que las más relevantes eran las de tipo psicosocial:

- actitud negativa hacia su embarazo (OR = 10.0),
- relación de pareja insatisfactoria (OR = 9.8),
- antecedente personal de depresión (OR = 5.6),
- actitud negativa de la pareja hacia el embarazo (OR = 3.9)
- no planificación de su embarazo (OR = 2.2)

La relevancia de la presencia de un cuadro depresivo durante el embarazo tiene que ver no sólo con la madre (asociación con depresión en el postparto), sino con riesgos propios para el desarrollo de la gestación y las condiciones del recién nacido (3).

DISFORIA DEL POSTPARTO

Es un cuadro muy frecuente, con una incidencia entre el 40% y 60% de todas las puérperas.

Se trata de un cuadro autolimitado, que se inicia entre el 3º y 4º día después del parto y rara vez dura más allá de la segunda semana. Los síntomas alcanzan su mayor intensidad al finalizar la primera semana (intranquilidad, ansiedad, decaimiento y fatiga, desánimo, insomnio, labilidad emocional, irritabilidad, etc.), para luego decaer progresivamente.

No requiere tratamiento médico. Es importante explicar a la gestante y a su familia la presencia de este cuadro, para lograr una mejor adaptación a esta situación.

CUADROS DEPRESIVOS EN EL POSTPARTO

En una revisión acerca de la incidencia de este cuadro, hemos encontrado que esta fluctuaba entre el 2.9% y el 34.0%, estando la mayoría entre el 10.0% y el 20.0%.

En nuestro país, se han reportado prevalencias entre un 10.2% y un 40%. Nosotros encontramos una prevalencia de 20.5%, en el seguimiento de un grupo de 125 puérperas, durante los primeros 2 meses del postparto (4).

En diferentes estudios se han encontrado una variedad de factores asociados a la depresión en el postparto. En nuestro estudio, cuando realizamos un análisis multivariado para identificar las variables que se encontraban asociadas al desarrollo de este cuadro durante el postparto, observamos que existían tres factores, dos de los cuales eran interacciones entre dos variables. La insatisfacción en la relación con su pareja era la variable que presentaba la asociación más fuerte, lo que es coincidente con gran parte de la literatura internacional. Además, encontramos una interacción entre el nivel de apoyo social y el nivel socio - económico, y entre la edad de la gestante y la presencia de una depresión durante su embarazo (5).

Con respecto a la relevancia de estos cuadros, cabe destacar las siguientes:

- Dificultades para asumir el rol materno de cuidado del niño recién nacido.
- Dificultades para el desarrollo de una buena adaptación en el sistema familiar y el subsistema de pareja, frente al evento del nacimiento y la maternidad (o paternidad)
- Aumento del riesgo de presentar otros cuadros depresivos en el futuro.
- Reducción significativa de la lactancia materna.
- Alteraciones en el desarrollo psicomotor, cognitivo y afectivo del niño.

Referencias Bibliográficas

1. Rubén Alvarado, Ernesto Perucca, Emilio Neves, Marcela Rojas, Jorge Monardes, Eugenio Olea, Aldo Vera. "Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados". *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 58(2): 135 - 141. 1993.
2. Rubén Alvarado, Ernesto Medina, Waldo Aranda. "Componentes psicosociales del riesgo durante la gestación. Revisión bibliográfica". *Rev. Psiquiatría*, 13(1): 30 - 41. 1996.
3. Rubén Alvarado, Marcela Rojas, Jorge Monardes, Emilio Neves, Eugenio Olea, Ernesto Perucca, Aldo Vera. "Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas". *Rev. Psiquiatría*, 9(3-4): 1168 - 1176. 1992.
4. Rubén Alvarado, Marcela Rojas, Jorge Monardes, Ernesto Perucca, Emilio Neves, Eugenio Olea, Aldo Vera. "Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal". *Por publicar*.

"PARTO NATURAL"
"NACER BIEN, DERECHO DE LOS HIJOS. RENACER,
OPORTUNIDAD DE LOS PADRES".

Marcia Riveros G.
Matrona

Nacer bien, es un derecho de todos los hijos, independiente de la raza, de la condición socio económico y de cualquiera situación.

Renacer es una oportunidad para los padres pues esta es una etapa de la vida en la cual se revive la historia de los progenitores, desde la vida intrauterina y debido a esta regresión, si es bien asistida, es posible elaborar los sentimientos y sensaciones que cada uno de los padres trae en su experiencia de vida y de esta forma poder asumir los roles de madre y padre con madurez.

Se realiza una revisión de 20 años de experiencia en parto natural en la Clínica Nacer en Belo Horizonte entre los años 1978 y 1995 con un total de 4.647 gestantes particulares que se prepararon para tener un buen encuentro con su hijo, de preferencia a través de parto natural.

El 85%, es decir, 3.949 gestantes concluyó como tal.

Dentro del parto natural el 57% es decir 2.250 parturientas tuvieron sus hijos en posición horizontal decúbito dorsal y el 28% es decir 1.105 parturientas tuvieron sus hijos en posición vertical en cuclillas.

El 15%, o sea 695 gestantes concluyó en cesárea o fórceps, correspondiendo en un 67% o sea 465 gestantes, de tratamiento de infertilidad o de fertilización asistida en vitro.

El 33%, o sea 230 gestantes las causas son por distóxcias, estrechez pélvica, miedos al dolor, o a la deformación de los genitales u otros problemas de orden orgánicos y emocionales.

Del 15%, o sea 695 gestantes tuvieron en un 91% (633) parto cesárea y en un 9% (62) fórceps de alivio.

Se observa que en las 3.949 gestantes que tuvieron parto natural existió:

PARTO

- Reducción del trabajo de parto 4 a 7 horas
- Disminución de episiotomías
- Menor incidencia de complicaciones en el parto y post-parto

- Menos reanimación en el R.N. Apgar entre 7 y 10 al minuto de vida
- Autonomía
- Seguridad
- Protagonismo
- Mayor apego
- Encuentro amoroso Madre-Hijo(a)-Padre.

POST PARTO

- Recuperación más rápida
- Lactancia materna inmediata en la sala de parto
- Prolongación del amamantamiento sobre los 6 meses
- Disminución de la depresión post-parto
- Mayor vínculo materno filial
- Reestructuración familiar mas equilibrada
- Reanudación de la vida sexual amorosa de la pareja mas precoz y satisfactoria
- Reanudación a la vida laboral con aceptación de la separación Madre-Hijo.

BREVE HISTORIA DEL PARTO NATURAL

Este es un tema que se pierde en el **origen** de la humanidad, el animal no necesita hacer esta pregunta, cada especie tiene su propia postura que es instintiva.

El hombre desarrollando su razón comenzó conscientemente a interferir en sus procesos naturales, algunas veces con óptimos resultados otras veces perjudicándose a si mismo, pero todo esto fue contribuyendo para su evolución y a través de los siglos su forma de **PARIR** fue adquiriendo diversas características.

Los partos de los antiguos eran considerados como un arte sagrado, en Egipto las parteras eran instruidas en las escuelas de los templos y eran llamadas **MADRES DIVINAS**. Isis mujer de Osiris era la diosa de los partos. 3.000 mil años a.C. existía la piedra de venir al mundo, eran tres piedras donde la mujer se sentaba o se arrodillaba para tener sus hijos.

Las Hebreas tenían sus partos de rodillas.

Las Indias daban a luz de pie, apoyadas en árboles o por auxiliares. También daban énfasis en cuidados prenatales cuerpo - mente.

Los Griegos y los Romanos tenían sus hijos de rodillas apoyados sobre los codos.

En China 1.100 A.C. los partos eran en cuclillas y de rodillas. Los Chinos en esa época usaban puntos en el cuerpo para acelerar el trabajo de parto o para inhibirlo o calmar dolores.

La obstetricia se volvió una especialidad, existiendo varios tratados sobre el asunto. Luego aparecen las sillas de parto para atender a los más civilizados o más ricos.

En América los partos eran en cuclillas, de rodillas, de pie colgadas o en sillas bajas. También era considerado como un arte sagrado, como por ejemplo tenemos en los Aztecas, la estatua de la diosa del parto, Tlazotliotl, pariendo al dios del trigo en la posición en cuclillas, con la cabeza del bebé naciendo.

En alguno de estos pueblos el parto era auxiliado por la mujer más vieja o por el marido y en otros, la mujer se aislaba y tenía su hijo sola, en contacto con la naturaleza donde ella lo acogía, lo acariciaba, lo colocaba a su pecho en un encuentro total y absoluto, dándose un maternaje espontáneo y natural.

En la civilización Occidental Cristiana el parto se complica, dado la moral sexual, la religión, la represión, haciendo del sexo un pecado que debe ser pagado a través de los dolores del parto.

Con la Nobleza y la vida cortesana surge la figura del obstetra.

En Francia hasta el comienzo del siglo XVIII el arte de "accoucher" dar a luz fue ejercido por mujeres. En el reinado de Luis XIV el cirujano Gulien Clement que es llamado para atender a Mme. De La Valiere.

Las parteras llamadas "Sage - Femme" (mujer sabia), continuaban haciendo los partos del pueblo en las maternidades, utilizando las sillas obstétricas.

Es un obstetra francés Francois Mauriceau que a final del siglo XVII sustituye la silla obstétrica por la cama de la paciente, cambiando radicalmente la posición vertical por la horizontal. De esta forma el parto decúbito dorsal conquistó Francia extendiéndose por Europa y por todo el mundo civilizado, siendo una de las causas de las complicaciones de los partos naturales.

Actualmente, sin desconocer los avances científicos obstétricos, muchos profesionales hacen lo posible para que el parto natural vuelva a su cauce original, así en muchos países de Europa los partos son hechos en posiciones verticales en cuclillas verticales o en el agua, generalmente en pareja o en familia.

Aquí en América destacamos al Doctor Caldeyro Barcia (mi profesor) con su silla obstétrica, a los Doctores Moisés y Claudio Paciornik, con el parto en cuclillas y otros tantos seguidores de ellos para hacer del **PARIR** un acto natural fisiológico, donde el encuentro sea lo más integro posible y los protagonistas sean la Madre - Hijo - Padre.

PARTO NATURAL ***UN CONCEPTO MAS AMPLIO***

Proceso fisiológico que la naturaleza dotó a la mujer para que al final de la gestación después de haber compartido por nueve meses, en una relación simbiótica, visceral y sanguínea, pueda vivir esta etapa trascendental en la cual **QUIERA** soltar, dejar ir a otro ser humano, su hijo o hija, aceptando la separación de dos cuerpos, dos almas y una mente, sucediendo el reencuentro extra uterino para acogerlo en sus brazos y en sus senos.

PARTO - PARTIR - IR - SEPARAR - SOLTAR - EXPULSAR.

TIPOS DE PARTOS NATURALES

En lo que respecta a la FILOSOFIA, tenemos dos visiones, la Oriental que considera el parto como un ritual sagrado y la Occidental con una visión organicista y en los últimos tiempos con una visión bio-psico-social.

En lo que respecta a la POSICION tenemos dos tipos:

1. La horizontal o decúbito dorsal, desde el final del siglo XVII hasta nuestra época, prevaleciendo en las sociedades civilizada.
2. La vertical en cuclillas o sentada. Siendo la posición ideal que nuestros ancestros utilizaban en la cual colabora directamente la fuerza de gravedad, haciendo que el nacimiento del bebé sea más fisiológico, más fácil y más natural, así como dice el profesor Dr. Moisés Paciornik en una analogía con respecto al parto decúbito dorsal: "Es más difícil empujar un auto en la subida con el motor detenido que el auto en una bajada".

Los beneficios de la posición vertical en cuclillas son enormes tanto para la madre como para el hijo.

En lo que respecta a las MODALIDADES DE PARTO tenemos:

- Mesa de Parto tradicional (decúbito dorsal)
- Mesa de Parto en cuclillas
- Silla Obstétrica
- En el suelo
- En la cama
- En el agua

Es importante destacar que la modalidad de parto en cuclillas en la mesa de parto creada por el Dr. Paciornik es muy especial ya que ofrece a la parturienta confort o comodidad y atiende a todas las necesidades obstétricas necesarias, ya que posee piñeras para parto sentada o decúbito dorsal, como también se transforma en una

mesa quirúrgica. El bebé se desliza suavemente por la propia fuerza de gravedad cayendo sobre un colchón de agua temperada.

Otra modalidad a ser destacada es el parto en el agua que ofrece al binomio madre - hijo un parto natural fisiológico menos traumático.

Sería fantástico que estas dos modalidades de parto pudieran ser implantadas al nivel de Salud Pública colaborando directamente con el parto natural, beneficiando a las usuarias y a la sociedad.

LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA EVOLUCION DEL PARTO NATURAL

CULTURALES

De acuerdo con el tipo de cultura es que define la evolución del parto. Margaret Mead en sus estudios antropológicos comparando diferentes sociedades concluyó que en aquellas que el embarazo debe ser acompañada de náuseas y el parto de dolores y peligros, la mayoría de las mujeres embarazadas sufrían efectivamente de estados nauseosos y tenía partos difíciles, en cuanto que en otras sociedades que no existía tales peligros y tabúes, la mujer en este estado los embarazos y partos transcurrían en tranquilidad y sin mayores incidentes

Si conseguimos educar hijas sanas que tengan un mínimo de angustia y sentimiento de culpabilidad y que puedan aceptar placenteramente su femineidad, podemos esperar que el embarazo y el parto sean nuevamente lo que son aún en algunas sociedades o para algunas mujeres felices de nuestra sociedad: La conquista máxima de sus facultades biológicas acompañada por la plena conciencia de intervenir en la mayor experiencia posible el de haber concebido y alimentado dentro de sí un nuevo ser y haberle dado la vida.

Los modelos de educación de un hombre y una mujer que fueron desde niños fabricados y modelados por una cultura según un modelo estereotipado, rígido, cuyos papeles masculinos y femeninos son bien distintos, así niñas y niños aprenden ventajas y desventajas y las particularidades de ser hombre y de ser mujer.

Mujeres embarazadas de hoy son las niñas de ayer que conocen mucho de intuición de sensibilidad del sentimiento, del cuidado de personas, del maternaje y conocen poco de lo racional o de las manifestaciones de afectos por medio del sexo.

Hombres embarazados de hoy son los niños de ayer que desconocen el lenguaje de los sentimientos y que no pudieron entrenar el amor de papá con la muñecas pero que sabe como trabajar, producir y funcionar bien en el sexo, aún que no lo asocie con el afecto.

Es necesario crear condiciones para que los hombres y las mujeres tomen conciencia con los papeles impuestos por la cultura y repiensen sus roles. Hombres y mujeres deben compartir la vida, ser compañeros y no competidores o adversarios durante el embarazo, el parto y la crianza de los hijos. Mujeres y hombres no deben desear igualarse. O sea la mujer no necesita masculinarse, ni el hombre afeminarse. No deben medir fuerzas para vivir de forma auténtica y ser solidarios en la vida de pareja y en la función de padres.

SOCIO ECONOMICO

De acuerdo con las clases sociales es la mayor o menor incidencia en parto natural. En la clase alta hay una tendencia a tener más cesáreas que partos naturales, ya que son personas que por su historia prefieren no exponerse a las vicisitudes de la naturaleza y prefieren entregar esta responsabilidad de dar a luz en su obstetra y su equipo, con día y hora marcada, disminuyendo también la ansiedad de espera.

La clase media alta y media mucho más consciente de su participación y de su esposo en la llegada de su hijo buscan el parto natural como opción, asumiendo ser los protagonistas en el proceso de dar a luz.

La clase media baja y baja con atención en general en hospitales y asistidas en el parto por matronas, en su mayoría son partos normales, actuando el médico obstetra si se presenta una emergencia.

Así tenemos como que la condición social y económica interfiere e interviene en el tipo de parto

AMBIENTALES

El ambiente donde se desarrolla el parto también influenciará.

Tenemos Rural y Urbano. Dentro del ambiente rural los partos pueden ser domiciliarios u hospitalarios. En general son ambientes más calmos donde la naturaleza colabora directamente.

En el ambiente urbano los partos pueden ser domiciliarios, muy poco usado en nuestra sociedad. En Holanda existen experiencias muy positivas en este ámbito, con toda la seguridad obstétrica necesaria, teniendo un móvil de salud en la puerta de la casa de la parturienta para actuar frente a cualquiera emergencia. Los partos son atendidos por matronas en su mayoría. En atención hospitalaria la mayor parte de los partos de las parturientas de bajos recursos, aquí cabe destacar que el ambiente no es el más adecuado para tener un parto natural, debido muchas veces al trato impersonal e inadecuado por parte de los profesionales de la salud, colaborando

poco o nada para que esta parturienta se sienta acogida y quiera soltar o separarse de su hijo.

En atención de Clínica privada hoy en día hay una preocupación mayor por parte de los profesionales de la salud de crear un ambiente agradable y acogedor para la pareja que va a tener un hijo, la atención es personalizada lo que facilita el bienestar de la parturienta por lo tanto ayuda a la evolución de un parto natural.

Lo ideal sería que el ambiente de las clínicas privadas pudiera existir en los hospitales.

BIOLOGICOS

En los factores biológicos hay tres vectores que determinan la evolución del parto natural:

- La parturienta con su sistema neuroendocrino que determinará la dinámica uterina y las condiciones del canal de parto.
- El feto de acuerdo con la presentación, si es cefálica, podálica o transversa, o la modalidad de posición como también en que estado se encuentra el feto.
- Anexos embrionarios. Los anexos embrionarios, placenta, cordón umbilical, membranas y líquido amniótico, son determinantes en la evolución de un parto natural.

De los aspectos biológicos no me detendré a explicar la evolución ya que es el tema central de todos los profesionales de la salud de maternidad.

EMOCIONALES

LA PERDIDA DEL ESTADO GESTACIONAL PARA PASAR AL ESTADO DE PUERPERA, REACTIVA PROFUNDAS ANSIIDADES EN LA PARTURIENTA

Dentro de lo emocional hay una serie de ansiedades que influyen directamente en la evolución del parto natural.

Las ansiedades frente a los primeros síntomas del trabajo de parto son debido a la percepción de las contracciones y de la dilatación. En algunos casos frente a la ruptura precoz de las membranas. El dolor provoca un exceso de angustia que conduce a la paciente adoptar conductas inadecuadas, difundiendo la ansiedad en el medio familiar y en el profesional. El acceso y ansiedad de la mujer, reactiva en el marido vivencias ansiógenas y comienza a emerger en él su propia angustia traumática.

Frente a la ruptura precoz de las membranas aparece el miedo a las infecciones y al tan temido parto seco al que se le atribuyen los intensos dolores de dar a luz. La imagen del parto seco corresponde a fantasías de tipo anal retenidos. Desde el

punto de vista psíquico, su comprobación provoca una crisis de ansiedad, pues indica el comienzo del proceso y porque se trata de una sensación extraña, ingobernable, asociada consciente o inconscientemente a la emisión descontrolada de orina, accidente que causó tanta mortificación a la mente infantil.

Otra situación posible en el inicio del trabajo de parto en su detención real o aparente debido a la crisis de ansiedad, apoyándose en el mecanismo de defensa de negación. Diversos autores psicoanalistas coinciden en la opinión de que el motor básico de la ansiedad del parto es el trauma del nacimiento vivido como ansiedad de separación.

Las ansiedades frente a la internación en la maternidad hacen que el parto aparezca como un hecho concreto e irreversible. Surgen todos los terrores, siendo habitual que se proyecten sobre los más variados elementos y situaciones. Cuando se consiguen elaborar las ansiedades el trabajo de parto continúa. Si no se consigue la elaboración el proceso puede detenerse o instalarse las contracturas que conducirán a la distocia o la inercia uterina. En esta etapa hay situaciones que exacerban la crisis: el tacto vaginal, el enema y la tricotomía.

Las ansiedades frente al proceso de dilatación, se deben a las contracciones que van apareciendo con más frecuencia e intensidad, dilatando el cuello uterino con la consecuente bajada del feto por el canal del parto.

La angustia del trauma del parto invade el ego fragmentándolo, propagándolo a todo el medio, surgiendo comportamientos hostiles y algunas veces sádicos.

Las ansiedades del período de transición, en condiciones normales, culminan con los 8 cm de dilatación. El apoyo de la cabeza del feto en la musculatura perineal y consecuentemente, la compresión del recto produce estímulos de tipo reflejo evacuativo anal, que además de sorprender y asustar a la parturienta, son dolorosos, dependiendo de la actitud, de acuerdo con la capacidad de la parturienta, el parto proseguirá normalmente hasta la expulsión o se producirán intensos dolores motivados por la contractura perineal, o se instalará la detención de la actividad uterina. En este período pre - expulsivo, las sensaciones de compresión rectal reactivan las fantasías y angustias del aprendizaje esfinteriano.

Si la angustia traumática, algunas veces exacerbada por un nacimiento difícil, se une a una intensa ansiedad de castración o de vaciamiento, la crisis del período de transición asume características dramáticas, psíquicas y físicas.

En el período expulsivo con la llegada a la sala de parto provoca, en general, otra crisis de ansiedad, con manifestaciones variadas: psíquicas, físicas y en el comportamiento social.

El pujo despierta diversas fantasías y ansiedades. La fantasía de castración siempre presente se expresa en el temor a la episiotomía. Las fantasías de vaciamiento y de pérdida de sí mismo, cuando se intensifican pueden crear obstáculos y determinar la inhibición del trabajo uterino, llevando al parto por forceps.

En resumen tenemos:

Las ansiedades básicas de la situación del parto que es la reactivación de la angustia del nacimiento son: De pérdida, de vaciamiento, de castración, de castigo por la sexualidad y de confrontación con un desconocido: El hijo.

FACTORES PREPONDERANTES EN LA EVOLUCION DEL PARTO NATURAL

- Preparación de la gestante
- Preparación de la pareja que gesta un hijo
- Preparación de la familia que espera un nuevo ser

LA GESTANTE Y SU NUCLEO FAMILIAR ES PREPARADA PARA VIVIR LA LLEGADA DEL BEBE COMO UNA CONQUISTA

En la gestación el hombre, la mujer y toda la familia embarazada reviven emocionalmente su historia de vida y no sólo el cuerpo y el organismo que gesta buscan un nuevo equilibrio para adaptarse a las alteraciones sufridas en este período, pero también a la vida de las personas embarazadas, a sus relaciones y a sus sentimientos. El embarazo es un período en que las personas involucradas tienen la oportunidad de encontrar nuevas soluciones para sus antiguos conflictos emocionales, mal resueltos o no resueltos y alcanzar un mayor crecimiento y madurez personal.

El trabajo con embarazadas no sólo debe dar asistencia apenas a la mujer embarazada, pues ella no existe sola en el mundo, pero sí como un ser bio-psico-social que se relaciona con la pareja y familiares y otras personas del medio y que recibe influencias del sistema sociocultural en que está inserta. Para dar una asistencia integral que dice realmente cuidar de su salud de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, salud no es apenas la ausencia de enfermedades y sí el estado de armonía del individuo con la naturaleza interior y exterior.

De esta forma una asistencia de salud integral durante la gestación considera la preparación de la mujer, de la pareja y de toda la familia embarazada, no sólo para el parto natural como también para ser papás y para la vida.

La metodología utilizada es:

Educativa: pues informa, orienta y educa a la gestante y a su grupo familiar a través de lo cognitivo y de lo corporal.

Reflexiva: Ya que permite entrar en el mundo embarazado discutiendo, reflexionando

y trabajando las emociones movilizadas tanto por la regresión propia del embarazo, como por los conflictos de la nueva situación.

Vivencial: es el resultado de las vivencias de los participantes trabajadas básicamente por reflexión de sentimientos, a través de técnicas de dinámicas de grupos, con sensibilización corporal y con informaciones. Estas son expuestas en forma simple, espontáneas y sintéticas, en la medida en que son solicitadas por el grupo. Dada la información se vuelve a focalizar en la expresión de la vivencia. En términos del proceso de aprendizaje esta dialéctica de trabajo facilita la absorción del conocimiento, integrando lo cognitivo y lo emocional.

Terapéutico: Pues elabora los sentimientos, pasando a tener una visión integrada de si y del otro dentro de un contexto bio-psico-somato-social.

El objetivo central del trabajo con grupos de mujer y familias embarazadas es la preparación para la maternidad y paternidad plena, saludable y responsable, a través de lo cognitivo, emocional y corporal, permitiéndole a la parturienta, participar con lucidez, cooperación y protagonismo la experiencia del nacimiento de su hijo, teniendo varias ventajas y beneficios para la madre, para el hijo, para el padre, para la familia, para los profesionales de la salud y para la sociedad, concretando de esta forma la humanización del proceso de nacimiento.

Puede ser efectuado por un profesional de la salud o por un equipo multidisciplinario dando una atención integral psicosomática.

El profesional que pretende trabajar en forma humanizada, preparando a las personas embarazadas para la maternidad y paternidad, trabaja sin miedo de lidiar con el afecto, atendiendo y entendiendo estas personas y dejando que ellas desempeñen el papel de los personajes principales en el embarazo y en el parto.

En la medida que el profesional de la salud esté preocupado apenas en atender clínica y técnicamente un embarazo o apenas informar a la persona embarazada, anestesiando los sentimientos en el parto, mecanizando y sugestionando excesivamente para tener el control y el poder en sus manos, él estará lejos de ayudar o preparar a las embarazadas para crecer mediante la experiencia de tener un hijo.

Se hace fundamental la integración de los profesionales de la salud con esta familia embarazada, respetándolos, cuidándolos, apoyándolos y acompañándolos en todo su proceso de crisis.

En cuanto más simple y activas las mujeres, más fácil es el parto.

En cuanto más amada-apoyadas-protégidas y cuidadas las mujeres que gestan, más fácil es el parto.

En cuanto más integrados los hombres embarazados, viviendo en complicidad amorosa, la espera del hijo, más fácil es el parto.

DE ESTA FORMA DEBEMOS CONSIDERAR QUE EL PARTO NATURAL, ES LA CULMINACION DE LO BIOLOGICO Y DE LO PSIQUICO, SIENDO UN PROCESO PSICOSOMATICO, CON CARACTERISTICAS QUE SON DETERMINADAS POR INNUMERABLES FACETAS DEL CONTEXTO SOCIOCULTURAL Y DE LA INDIVIDUALIDAD PSICO-FISICA DE LA PARTURIENTA.

POR UNA SOCIEDAD MEJOR, LA PAZ O LA VIOLENCIA COMIENZA EN EL UTERO, SIENDO UN FACTOR DETERMINANTE LA GESTACION, EL PARTO Y LA RELACION PRECOZ MATERNO FILIAL.

CONCLUSIONES

En 25 años de experiencia, el resultado ha sido positivo, en salud pública como en salud privada, pues se han cumplido los objetivos y metas propuestas, observándose:

- A) En la capacitación a los profesionales, un crecimiento en su desarrollo personal y buen aprendizaje de la metodología propuesta, para capacitar otros monitores, como en el trabajo directo con los grupos de embarazada y su núcleo familiar.
- B) La disminución de patologías gestacionales, de partos, de puerperio y de amamantamiento.
- C) La disminución de psicopatologías que comprometen la salud del binomio madre - hijo (miedos, ansiedades, angustias, depresiones pre y post parto, neurosis y psicosis).
- D) La integración psico afectiva del hombre en el embarazo, parto (participación activa) y cuidados del recién nacido, con un desarrollo de la paternidad responsable.
- E) Aumento del porcentaje de partos naturales.
- F) Aumento del tiempo de amamantamiento (mínimo 6 meses).
- G) La integración familiar consciente

***"NACER EN NUESTRA SOCIEDAD,
ES UN SUFRIMIENTO DE MUCHOS,
PUDIENDO SER UN PLACER PARA TODOS"***

EL PARTO HUMANIZADO: MODELOS DE APOYO EMOCIONAL Y CONCEPTO DE PARTO NATURAL.

*Dr. Sergio Valenzuela Puchulu
Obstetra, Proyecto Humanización del Parto
Hospital Clínico, Universidad de Chile*

“Y o me recuerdo que la primera vez que me fui a mejorar, como yo ignoraba todo eso. Resulta que yo no sabía que tenía que pasar por estadística, después le hacen un aseo y después un lavado, del lavado le ponen en preparatos y de ahí la llevan, cuando ya esta lista. Me mandaron al baño a hacer pipí y de ahí me hicieron prepararme para hacerme el aseo y yo veo que me hacen acostarme en una camilla que no tiene nada abajo, como las camillas de las matronas. Entonces mi primer pensamiento fue donde iba a caer mi guaguita, porque yo no sabía que debían haber enfermeras y matronas y que no era como estaba ahí. La sala era tan pequeña que no había donde cobijar la guagua. Entonces mi primer pensamiento, ante el miedo, ante todo saber donde iba a caer mi guagua. Después que la señorita me hace el lavado, siento que me corre una cosa tibiecita para abajo y me asustó tanto pensando que era sangre y no grite, como era primeriza, tenía miedo de cometer errores y no grité nada pero sentí un miedo terrible. La señorita me dijo, ya señora bájese ¿Cómo, ya estoy lista? dije yo. Esto es lindo pensé, no sentí ningún dolor. Luego ella me decía, si siente ganas de pujar, no puje y aguántese. ¿Será por eso que a veces las guaguas nacen en el baño?”

Este breve testimonio, sabemos que no termina aquí, sino que por el contrario, para la mujer del relato, su trabajo de parto posiblemente estaba recién comenzando. Y esto lo sabemos porque la mayoría de los concurrentes somos matronas, obstetras o personas que trabajan en este ámbito de la salud materna. Pero imaginémonos aunque sea por unos minutos, si esta persona, con menos de una hora en una maternidad típica, como las que conocemos la mayoría de nosotros, ya ha experimentado todas estas contradicciones, estas inseguridades y como ella misma lo relata, todos estos miedos, que irá a ocurrir con ella durante las próximas 10 o 12 horas que puede durar su trabajo de parto. Luego que pasará con ella ante cada orden o indicación médica.

Se hace inevitable constatar un desnivel entre el servidor y el que es servido, esa mujer que representa una realidad tan compleja como diversa, que es la embarazada. Que ha debido acudir regularmente a control profesional para tener acceso a la atención de su parto en nuestras instituciones, llega con miedo al equipo profesional, a veces desconfía de sus propias capacidades para resistir ese tránsito desconocido que es el nacimiento, y también con temor al dolor, que se hará tanto más intoler-

able, mientras menos afecto, cariño, y sentimientos de seguridad en si misma haya recibido durante su embarazo.

Trataremos en la presente exposición de contestar las siguientes preguntas ¿cómo tiene que ser el parto?

¿Qué entendemos cuando decimos que sea lo más natural posible ó mejor dicho, que quiere la gente cuando pide un parto natural?.

¿Cuál debe ser nuestro propio rol como equipo de la salud en este punto?

Si partimos por esta última pregunta, estaremos todos de acuerdo si afirmamos, que el desafío de la obstetricia moderna es asegurar la atención de mejor calidad posible, a la embarazada y su hijo, de modo que el parto termine con un niño sano y una madre que pueda reincorporarse sana y a su familia, para seguir cumpliendo con la crianza de su hijo.

Esta visión médica del problema del parto, ha sido desde el punto de vista técnico, una eficaz herramienta operativa que hace años a logrado en el país, uno de los mejores indicadores en mortalidad materna y perinatal incluso por sobre algunos países más desarrollados.

Sin embargo, vista la repercusión que ha tenido este seminario parece que no estamos tan contentos con el logro, porque el fin se consiguió a costa de cosas que la propia sociedad y las personas no están dispuestas hoy en día a sacrificar. Si bien hace algunas décadas, el poder que le daba al médico sus conocimientos, les concedía el control del proceso embarazo y parto, y eran los que determinaban como debía realizarse la atención, en este momento han ido ocurriendo una serie de cambios sociales y culturales que obligan a preguntarnos nuevamente, si nuestro objetivo perseguido es el mismo y si los medios que estamos usando son los adecuados.

Quisiera invitarlos a que vieramos juntos las distintas maneras de atender el parto en lo que se llama parto natural, conservando una visión crítica que nos permita comparar lo que hacemos nosotros en nuestros servicios.

Analizaremos el Método de Lamaze o Parto Psicoprofiláctico, El Parto con soporte afectivo o llamado Las Doulas y la Experiencia del parto con manejo activo de Irlanda con el Dr. O'Driscoll

Pero antes unos minutos para reflexionar sobre el telón de fondo en el que se desarrolla nuestras profesiones obstétricas.

ALGUNOS ELEMENTOS DE ANALISIS DE LA SITUACION OBSTETRICA ACTUAL

Primero, al trasladarse el parto de las casas a las instituciones se quiebra el vínculo más potente y poderoso, de toda embarazada, el que le da su sustento afectivo y le confiere espacios de significado a la nueva realidad que esta viviendo. Se la separa de su familia.

Se ha especulado mucho, sobre diferentes modelos de partos que dan soporte afectivo a la parturienta, los que analizaremos con detención más adelante, sin embargo sabemos que lo que hace la familia no es entregar solo soporte afectivo, o por lo menos no es lo más importante. Veremos por qué.

El drama de la medicina moderna, es la de tener que utilizar el método científico para lograr establecer sus certezas. A partir de Descarte, la ciencia se basa en la cifra, en lo mensurable. Lo decía Max Plank " Es real todo lo que se deja medir". La ciencia suministra conocimientos universales, la ciencia busca respuesta a preguntas generales e intenta comprobarlas. Para eso lleva lo subjetivo a lo objetivo. Al objetivar la ciencia puede entregar herramientas para controlar. Es decir llevar a lo normal, algún comportamiento.

La ciencia moderna depende y es presa de su método. Lleva los objetos estudiados a una delimitación y luego a una compartimentalización. La teoría que explica el mundo real, es por esencia, una realidad de compartimentos y de causas y efectos. El hombre y la mujer también han sido transformados en objeto de estudio.

Esto en la obstetricia contrasta con lo que hacemos a cada minuto. No tratamos con leyes universales, sino con personas individuales. Y como la ciencia se yergue sobre el rechazo a toda subjetividad, poco importa lo que las pacientes piensen, lo que ha sido su vida previa, sus raíces. A la hora de medir cuellos, de palpar consistencias, dilataciones, centímetros. Unidades por lapso de tiempo.

Así, hemos medido el bienestar a las personas en función de las cosas medibles. En vez de poner al centro a la persona y sus necesidades nos hemos convertido en medidores de la realidad a través del partograma, de los centímetros, de la variabilidad del registro, del color del líquido amniótico.

Supongo que hemos reparado por fin, en lo que significó, sacar a la parturienta del lado de su familia. La solución está en reconocer que lo que la familia y el marido le entregan a la paciente, es su propia subjetividad. Para el esposo, la mujer es alguien. Esa conciencia que tiene toda persona de negarse a ser reducido a cosa, es hoy en día más angustiosa que nunca puesto que en la vida diaria, se niega su subjetividad

sistemáticamente. Cajeros automáticos virtuales, contestadores telefónicos con voces andróginas, la misma internet... etc, etc. El mecanicismo de la vida contemporánea. El sentirse pieza intercambiable.

Dijimos en una charla anterior que la realidad de la persona es una realidad de diversidad de experiencias en la unidad de ser. Todo lo que considere sólo una parte de la realidad de la persona, la reduce, la cosifica, la empobrece.

Por el contrario, la única forma que la medicina sea sustituto de la familia en parte, conservando su rol de sostén y de recomponer la subjetividad de las pacientes es a través de un cambio de giro que hasta decirlo, me produce rubor. Tenemos que llegar a amar a nuestras pacientes.

Es la única actitud que puede salvar a la medicina de cosificar el cuerpo-instrumento para darle un nombre y un apellido a cada persona. No estoy diciendo con esto, amarlas con un amor sexual, reemplazando al marido, sino una forma especial de amor, de amor como el que tenemos por nuestros hijos o nuestros amigos, por los que nos han sido confiados a nuestro cuidado. Sólo el amor personaliza, individualiza, reconoce y diferencia. Recordemos a nuestra Violeta Parra ...

*Gracias a la vida que me ha dado tanto
me dio dos luceros que cuando los abro
perfecto distingo, lo negro del blanco
en el alto cielo su fondo estrellado,
en las multitudes el hombre que yo amo*

Ese amor que puede hacer diferente a alguien entre una multitud, es el que ha faltado en nuestra medicina. Es el que nos está cuestionando hoy día como factor de humanización.

La paciente que nos llama y dice ¿ Doctor, se acuerda de mí?... Lo que nos quieren preguntar no es si nos acordamos de la enfermedad que tenía, nos apelan a lo más personal, doctor, usted que me atendió, que tocó mi cuerpo, que hurgó entre mis secretos, se acuerda de **mí persona?**

Alguien podría decir que su ejercicio profesional es una actividad que ha traído más humanidad al mundo, sólo si puede afirmar que se ha esforzado por amar a sus pacientes, eso es, tratarlas como personas, que tienen subjetividad, sentimientos y emociones propias y diversas.

Tratarlas como personas, es tratarlas en forma amable, integral, con un vocabulario adecuado, que respete su dignidad de persona. Entregándoles privacidad a la vez

que calidad técnica y humana. Darles seguridad, respetando las diferencias individuales. Aprender a conocer cuales son esas necesidades individuales.

Esto de ver a la tecnología como competencia a la humanidad no es así. Conocedores de que el parto posee sus problemas, es a través de medios tecnológicos que podremos ayudar a un mejor entendimiento de aquellos problemas, pero nos veremos desafiados a que mientras más tecnología necesitemos usar en una paciente determinada, más humanidad explícitamente tendremos que manifestar en el trato. Ya no más mujeres como entes pasivos, con protagonismo nulo, que desconocen el proceso que están viviendo, que desconocen los ritmos de su cuerpo.

Esto que estoy planteando, remece los pilares de nuestro sistema de salud público y privado. Implica una transformaciones tan grandes en el ámbito de la atención institucional como también es profunda la solución. Todo esto permitirá despejar el manto de duda que se cierne hoy día sobre los verdaderos motivos de los doctores para ejercer la medicina. Las mujeres perciben que es **El dinero...el comercio de la salud.**

El segundo elemento que quisiera entregarles es mi visión sobre **la pérdida del sentido de la confianza.**

La medicina desde sus orígenes, ha tenido que cargar con la incertidumbre como un acompañante inseparable de su práctica. Cada vez que hacemos un diagnóstico, estamos planteando una hipótesis. De hecho cuando una de las hipótesis se sostiene con mayor fuerza, se asume una cierta probabilidad de que sea cierta y se comienza un tratamiento

Esta reflexión la planteo porque la confianza o la desconfianza, la certeza o la incertidumbre influyen notablemente a la deshumanización de nuestra especialidad. Aquí creo necesario recordar los orígenes de la confrontación entre parto natural y parto medicalizado, porque esta paradoja establece una barrera insuperable entre lo fisiológico y lo patológico, por medio del cual los síntomas son los fracasos de los procesos normales .

Detrás de estas dos posiciones se reconoce la lucha inicial entre los padres de la obstetricia, "El siglo XVIII opuso a Baudelocque y Sacombe. Sacombe era doctor en medicina y cirugía de la Facultad de Mont-pellier, médico Partero y miembro de varias academias. Jean-Louis Boudelocque era el partero de las reinas y emperatrices.

Para Sacombe quien era " cantor del Parto Natural", el nacimiento es un acto natural, el que el médico debe intervenir sólo en el momento oportuno, excepcionalmente.

Y se refería a Bodelocque como a ese infeliz que enseña a sus alumnos la manera de extraer la cabeza por el estrecho superior con la ayuda de un forceps de alargados brazos. Ellos cortan la sínfisis pubiana, abren los vientres de las parturientas y después que... Hemorragias, peritonitis.

La lucha por el parto natural no es entonces de este siglo. ¿Es la lucha de la ciencia y la técnica versus la confianza en la naturaleza?, ¿es solo rivalidad de escuelas, o es la lucha de los hombres contra las mujeres?

Dos siglos antes de las luchas de la psicoprofilaxis obstétrica y de la acogida a los recién nacidos en una ambiente más humano, natural, cálido, Bodeloucq afirmaba que el largo instrumento de Levret había cambiado la faz del mundo; con este instrumento se inicia la época más brillante del arte de los partos. Pero para Sacombe para muchos otros, fórceps y bisturí son armas abominables.

Esta disputa traduce lo incapaz que hemos sido para trabajar cómodos con esa dosis inevitable de incertidumbre que tiene la obstetricia.

Mientras para algunos, hay que confiar en la naturaleza, por lo menos así lo dice el encabezado del sitio web de método Lamaze. "El nacer es normal, natural y saludable...La mujer tiene el derecho de tener su parto libre de las prácticas médicas rutinarias". Para otros, la naturaleza es el mal, la patología, la pelvis demasiado estrecha, el trabajo de parto que se alarga, el niño que sufre, los gérmenes que ascienden. Es necesario entonces adelantarse, desconfiar de la naturaleza, multiplicar los exámenes, el control.

Mientras uno cree en la "buena naturaleza", en la sabiduría del cuerpo, en el instinto, minimizando las catástrofes, o queriendo olvidarlas, el otro deposita su confianza en la técnica, en los instrumentos, las intervenciones, pensando sin parar en las enfermedades, en las complicaciones posibles. Para unos el embarazo es un estado normal, para otros es una enfermedad. Para estos todo embarazo es de alto riesgo mientras no se demuestre lo contrario, y muchas veces la búsqueda no termina sino con la cesárea. Para unos optimismo irresponsable, para otros, pesimismo patológico. Calor humano versus tecnicidad, pensamiento de lo idéntico que abolió las diferencias, para otros pensamiento de la diferencia que ha interiorizado a una buena madre gestante. Quién no se identifica con aquel que siempre en la brecha no descansa reviviendo la posibilidad de un parto traumático.

Y que decir cuando las cosas no van bien. Esa graciosa concesión que se considera al hacer entrar a los padres a las salas de parto, de donde nunca debieron estar ausentes, se transforma en sospecha nuevamente, ya no se duda sólo de la madre y

su capacidad de dar a luz normalmente, o del niño, que sea capaz de resistir a su propio parto, ahora también, se dudará del padre, el posible enemigo, el posible demandante, el futuro querellante. Le escondemos las cámaras, las filmadoras, los recursos probatorios. El médico contra el mundo. La medicina de la desconfianza.

EXPERIENCIAS EN TORNO AL NACER

Analizaremos ahora las experiencias que me han parecido más notables de atención de parto. No quisiera que llegáramos a confundir esto con propaganda por algún método u otro. Quisiera más bien que fuera quedando a lo largo del relato insinuadas las características más relevantes de cada uno de ellos. Hay bastante material para analizar otras alternativas como son los nacimientos en casa, los nacimientos en los llamados centros de nacimientos, y algunas técnicas como los partos en el agua y otros, sin embargo en estos tres modelos me parece que se pueden resumir consistentemente las características de todos ellos.

Parto psicoprofiláctico, Dr. Fernand Lamaze

En un discurso a los ginecólogos y las matronas el año 1956, el Papa Pío XII da luz verde al parto sin dolor. Tal como el Doctor Fernand Lamaze lo había difundido desde 1951 en occidente después de conocer la experiencia de psicoprofilaxis derivada de los experimentos de condicionamiento del psicólogo Iván Pavlov en la URSS.

La orientación pastoral de aquella época rechazaba tanto el dolorismo como los artificios científicos que permitían suprimir el dolor pero a costa de suprimir la conciencia en el parto normal. "La mujer civilizada, instruida, no es estoica, como tampoco hace un esfuerzo de voluntad para no sufrir o no manifestarlo" dice sino que sabe controlar lúcidamente su parto y así no sufrir.

Lamaze después de su vuelta de la URSS, tenía la íntima convicción de que era necesario humanizar el parto, sin embargo en los inicios de su experiencia en Francia se encontró con la más feroz oposición y con el ridículo de toda la comunidad científica. Si el parto sin anestesia había sido siempre doloroso, pretender que había que enseñar a las mujeres a hacer algo que venían haciendo desde los orígenes de la humanidad era francamente ridículo.

Además, el Dr. Lamaze trabajaba en la clínica de los metalúrgicos en París, en un barrio de gente obrera y su propósito era enseñar a esas gentes sin instrucción, mujeres del pueblo, a entender los procesos de la anatomía y la fisiología que les permitirían no sólo comprender sino, controlar el dolor de su parto. Las críticas apuntaban al hecho de que incluso si fuera posible aquello, no eran las personas

indicadas las que había elegido, sino que suponían que debían ser mujeres instruidas y cultas.

Sin embargo, el Dr. Lamaze logró la mas bella experiencia de educación del control de sí. No porque las mujeres estuvieran hipnotizadas, o sugestionadas de que el parto no es doloroso. Aquí no se niega que el dolor exista, no es parto sin dolor, pero si es parto humanizado en el sentido que es una experiencia de parto consciente, controlado y dirigido por la voluntad, un parto lúcido, en contraposición a los dos modos habituales de aquella época, el parto con anestesia, que era un parto semi-inconsciente, o un parto francamente con dolor.

La filosofía de Nacimiento que plantea es que:

- El nacimiento es normal, natural, y saludable.
- La experiencia de nacimiento afecta profundamente a las mujeres y sus familias.
- La sapiencia interior de mujeres las orienta mediante el nacimiento.
- La confianza de las mujeres en su capacidad para dar a luz es mejorada o disminuida por el lugar y por el proveedor de cuidados durante el parto.
- Las mujeres tienen derecho de dar a luz libres de intervenciones médicas de rutina.
- El nacimiento puede tener lugar sin riesgo en hogares y/o centros de nacimiento.

La base científica del parto de Lamaze, es que existe una sapiencia , un conocimiento interior y un diseño especial del cuerpo femenino para el proceso del nacimiento. El reforzamiento de esa experiencia tiene efectos duraderos sobre la vida de la familia, y que la educación para el nacimiento faculta a las mujeres en algo que no es posible transferir al equipo médico, cual es la experiencia de la propia maternidad.

Pavlov investigó sobre "la respuesta condicionada," que demostró que solo viviendo cosas repetidamente se puede responder " automáticamente " a esos estímulos y sucesos al que una persona puede llegar a acostumbrarse a responder.. Lamaze pensó que a las mujeres, también puede enseñarseles para responder a las contracciones de parto de forma similar.

Él había comenzado ya a implementar algunos de los métodos de enseñanza para mujeres embarazadas que había aprendido de Grantly Dick-Read (el autor de Nacimiento Sin Miedo), y creía que él podría introducir relajación " condicionando " ejercicios que les enseñarían a las mujeres como responder a las contracciones de parto antes que estas fueran demasiado intensas.

Durante esa época cuando muchas mujeres en Estados Unidos eran "noqueadas" durante el parto, una norteamericana, Majorie Karmel, que vivió en Francia, fue de

las primeras que participaron en el Método de Lamaze . Ella se entusiasmó tanto con su experiencia que escribió un libro en gratitud al Dr. Lamaze, que efectivamente fue el que difundió por el mundo la filosofía del método que alentaba a ambos madre y padre a compartir el nacimiento de su bebé.

En el 1960, la Sra. Karmel y la terapeuta Elizabeth Bing formó Lamaze Internacional. Una organización sin fines de lucro integrada por padres, educadores, proveedores de salud y otros profesionales de salud. Hoy, Lamaze certifica Educadores de parto, e imparte más de 150.000 clases cada año, a las que asisten más de dos millones de padres, representando aproximadamente uno de cuatro mujeres norteamericanas que dan a luz.

El método desarrollado por el Dr.Lamaze usó un enfoque multifacético. Con la meta de que las mujeres tengan que responder a las contracciones en una manera condicionada por ella misma, automáticamente él ideó un número de ejercicios que se diseñaron para minimizar los temores y reducir el dolor.

Cuando se va a iniciar las primeras contracciones, la mujer concentra sus ojos sobre un objeto particular (dicen sobre una mancha en la pared), así introduce un estímulo visual que va directamente a su cerebro. Luego, la mujer hace una inspiración profunda, para seguir con la respiración rítmica que mantiene el mismo tipo de relajación que introdujeron siglos atrás las culturas orientales. Esto es seguido por un suave masaje que la mujer (o su marido) realiza sobre su abdomen o muslos. El masaje introduce un estímulo táctil que, nuevamente, va directamente a su cerebro. Finalmente, el acompañante de la mujer le comienza a dar aliento con señales verbales que introducen nuevamente un estímulo auditivo a su cerebro.

El resultado es que varios estímulos poderosos visuales, táctiles, y auditivos llegan más rápido o antes de el dolor alcance el cerebro. "Cuando el dolor finalmente alcanza el cerebro, esta experiencia dolorosa es menos intensa"

Por supuesto, la experiencia de dolor es un fenómeno complicado teniendo que ver con estilos culturales, percepción individual, y especialmente con la química de cerebro (por ej. el nivel de endorfinas en cada persona es individual). Alguna gente puede sacarse una muela sin anestesia mientras otros se resienten cuando se desenredan el pelo. Además, algunos partos son más largos y más difíciles que otros y pueden requerir sedación leve o anestesia regional .

Ellos dicen, en otros términos, este no es " natural " a menos que Ud. este teniendo su parto en el campo. Y los partos sin dolor no lo son nunca a menos se encuentre totalmente anestesiada . Más bien, es un parto " preparado " en que el conocimiento

de los eventos que le entrega el método, y el apoyo durante el proceso entero va de alguna manera a disminuir la inquietud, reducir el dolor, y paralelamente le infunde alegría y regocijo lúcido y consciente a un evento que exige ser vivido de una determinada manera.

En el corazón del método son tres las técnicas que se usan a lo largo del curso : los métodos de relajación, ejercicios de respiración, y el pujo durante las contracciones.

Durante las tres etapas del Parto, cada una va requiriendo variaciones en el Método de Lamaze . Para ello dan instrucciones precisas que van variando a lo largo de la fase latente y la fase activa del trabajo de parto. La etapa del expulsivo. Y la tercera etapa del alumbramiento de la placenta.

¿QUE COMENTARIO PODEMOS HACER A ESTE METODO?

En otra época, todo esta información sobre el parto era bien conocida por las mujeres quienes, en su mayoría, lo habían aprendido de sus madres y las hermanas que dieron a luz en el hogar, rodeadas por miembros de la familia y las mujeres **sabias** quienes proveyeron comodidad y aliento mediante el parto y en los días y semanas después del nacimiento.

Hoy, sin embargo, todo esto ha cambiado. Muchas mujeres viven a cientos de kilómetros de sus familias y dependen únicamente para la información de artículos de periódicos, de libros, y las más de las veces de las historias anecdóticas de las vecinas. En otras ocasiones han cortado relaciones con sus familiares de origen.

Los que realmente les debíamos enseñar todo esto ahora somos nosotros, pero no nos damos cuenta de sus necesidades ni de lo que los padres y madres esperan recibir de un sistema médico ocupado de determinar cuales serán los embarazos de alto riesgo. Y cuando se hace ese diagnóstico, el embarazo va a significar numerosas ecografías, exámenes, algunas amniocentesis, y un montón de inquietud.

Lo que se logra con el parto natural es que una mujer sea feliz de poder conocerse y confiar en sus capacidades. Haber podido educarlas y cultivarlas con paciencia. Pero en el largo plazo, toda esta experiencia será un ejercicio de dominio de sí, que la ayudará para el dominio de toda la vida personal. Tendrá elementos para el control de sí cuando esté acosada por la rabia, cuando se vea en la tentación del maltrato infantil, cuando enfrente la enfermedad o la muerte de uno de los suyos.

¿QUÉ DICEN LOS MARIDOS?

Los hombres que han podido participar ayudando a sus mujeres, les toca hacer los ejercicios para vivir entre los dos el embarazo. Cuantas veces hemos escuchado el

ruego de alguna paciente que desea que convenzamos al marido para que vea lo que cuesta tener una guagua. Marido marginal, sólo en las especies menos evolucionadas el comportamiento del macho puede llegar a ser tan indiferente como lo es en el caso de algunos hombres.

Desgraciadamente en los mamíferos y de ellos el hombre es uno de los más damnificados porque el acto de la gestación está separado por un largo período hasta la constatación de su paternidad. Si para la mujer esta relación es consubstancial, para el varón un largo embarazo y luego la lactancia lo separan de su hijo. Por lo tanto es a través de la mujer que el hombre podrá llegar a experimentar su vinculación afectiva con el hijo. Será ella entonces, la que tendrá la no difícil misión de despertar y luego ayudar a consolidar la paternidad del hombre. Tendrá que hacerlo introducirse en un tiempo distinto, tendrá que hacerle un hijo ella a él. Construirlo con paciencia como el propio ser que ella espera y que se va gestando en su vientre. Esto refuerza la constante creación mutua que son los esposos. Se van literalmente haciendo el uno al otro.

Lo que mas rescataría del modelo ofrecido por el Método de Lamaze, es la colaboración mutua que se logra involucrando al marido. De las experiencias de los hombres que han presenciado el nacimiento de sus hijos, sin duda estamos conociendo mucho, pero del modo como los padres se comprometen en el embarazo de su mujer, por desgracia todavía existe esa negra cifra de nacimientos sin padres, como si eso fuera posible. Por desgracia, la realidad humana es frágil, fragmentaria y el drama es que se puede descomponer lo que va unido. Por desgracia la gestación de la vida y la paternidad biológica son posibles fuera de la paternidad afectiva.

La segunda gran experiencia que hemos conocido estos años en torno al parto, es la **experiencia de las DOULAS.**

Como preámbulo diré que un investigador reparó en el hecho de que todas las madres gorilas que eran encerradas con sus cachorros eran malas madres, se negaban a alimentar a sus crías, los arrastraban por el suelo, los golpeaban sin piedad. Se elucubró mucho sobre el efecto traumático de la primera infancia al ser separadas tempranamente de sus madres, pero esta explicación psicológica no se sostenía. De 30 gorilas nuevas observadas por otro investigador, había 10 que eran capaces de criar a sus pequeños. De estas buenas madres el factor común era que siete habían estado con un compañero y a veces con una compañera durante y después del nacimiento. De modo que para cambiar esa conducta materna se requería el hábito de no imponer la soledad a las hembras. Por eso Maxim Rok el año 1973 dice en un artículo sobre las madres gorilas, que así como ellas tienen necesidad de sus amigos, sugiere que lo mismo ocurriría con los humanos. Las madres abandonadas, aisladas infringieron graves daños a sus hijos.

Si este dato lo asociamos a lo que nos recuerda Marshal Klaus sobre la necesidad de apoyo en el parto. Dice que son cientos las sociedades estudiadas en las que siempre se podía identificar a alguien acompañando y apoyando a la mujer durante el trabajo de parto y nacimiento. Y así como ahora el nacimiento es más estresante psicológicamente. También el apoyo sostenido durante el parto produce beneficios muy notorios.

Dentro de los beneficios que se resaltan producto del apoyo afectivo están la utilización de una menor cantidad de medicamentos para apaciguar o calmar el dolor, una tasa menor de cesáreas, menos uso de ocitocina, un notorio acortamiento del parto y una gran satisfacción en las madres después del parto y mejor curso del puerperio.

El término DOULA tiene una explicación en la raíz griega con la que se identifica a una mujer que ayuda a otra mujer a dar a luz y significa mujer "cuidadora". Hago hincapié en que sea mujer por cuanto pareciera, según los promotores de la formación de doulas, que el hombre, incluso el esposo, sería en estos menesteres, menos ayuda que otra mujer. Además que esta doula no solo tiene como finalidad acompañara a la madre sino que puede convertirse en apoyo para ambos miembros de la pareja.

Generalmente la cercanía afectiva ha sido vista como un problema para el soporte emocional durante el parto, ya que se ha afirmado que para personas unidas por un lazo emocional es más difícil ser objetivo, calmado y disminuir los dolores, miedos y peligros. Los padres que toman este nuevo rol, generalmente están nerviosos, bromea frecuentemente, y consciente o inconscientemente se maravillan acerca de su papel en esta arena obstétrica. En ningún otra área del hospital se le pide a un miembro de la familia que tome un papel tan importante como es en el nacimiento. Por consiguiente queremos proteger la necesidad de los padres de estar presentes en su nivel de comodidad y su derecho a estar emocionalmente unido a su mujer e hijo. Pocos padres quieren ser o pueden ser el único apoyo en ese momento. La madre va a estar asegurada emocionalmente con el apoyo de los cónyuges si él está menos preocupado sobre lo que supone debe hacer, si ambos se pueden relajar y confiar en el cuidado de la doula.

DOS VISIONES DE UN NACIMIENTO

Estas dos modalidades de trabajo hacen que la doula se profile como un intermediario en el rol de cuidado durante el trabajo de parto. Frecuentemente el equipo de médicos y matronas no destinan solo sus cuidados a una sola paciente, y esto puede traer más confusión. Cuando el parto no es personalizado son muchas las personas que pasan visita, hacen tactos, toman decisiones sobre medicamentos, exámenes u otro aspecto del trabajo de parto.

Sin embargo, el rol de la doula se encuentra aún en proceso de perfeccionamiento, porque no se rechaza de plano el que pueda ser también cualquier otro profesional. Lo que si es absolutamente necesario, es que el soporte emocional sea continuo. Ya han existido algunas experiencias en que el apoyo interrumpido, o intermitente no logra los efectos descritos para la doula.

Para entender el rol especial de la doula, debemos primero distinguirla de los otros participantes en un nacimiento. La doula no es un médico, una enfermera o una matrona. No está entrenada para tomar decisiones médicas. De todos modos, su entrenamiento incluye aprender sobre las intervenciones médicas habituales, de modo que ella pueda explicar a los padres para aclarar sus inseguridades y ansiedades.

Idealmente su papel comienza cuando la doula se encuentra con la madre y el padre de uno a tres meses antes del parto, esto es durante el tercer trimestre del embarazo. En este tiempo la doula puede ver en detalle que espera la mujer o la pareja del parto. También se puede dar cuenta de como se relaja la madre cuando está tensa en otras situaciones y que tipo de sedante la relaja o la hace sentir menos ansiosa. Ella les explica que el parto es un proceso natural del cuerpo y que dejen al cuerpo hacer lo que tiene que hacer. Si la madre continúa atemorizada, la doula les dice que no se asusten, "deje que su respiración fluya sola, respire tranquilamente, trate lo más que pueda de relajarse. Como puede ver, es lo único que puede hacer". Estas frases las repite una y otra vez, tranquila y cadenciosamente hasta que la madre se tranquiliza y comienza a sentir confianza en ella y en el proceso.

Los esfuerzos de la doula son más efectivos cuando ella conoce y sabe que esperar del personal en la maternidad. El mejor conocimiento de la doula del personal del hospital facilita las cosas para los padres. Lo mejor de que el equipo conozca a la doula es que son mejor apoyo para ella. La doula se puede entrenar en un hospital pero trabajar en varios. Su éxito puede depender de su habilidad para congeniar con los diversos equipos del hospital.

En la primera etapa la comunicación debe ser verbal principalmente, a medida que avanza el proceso, puede darle masajes o tomarle la mano, etc.

Generalmente, la mujer parturienta se relaja sensiblemente cuando la doula la calma y le dice suavemente mientras le toma la mano o el brazo "-yo estoy aquí y voy a estarlo hasta que el niño nazca. No la voy a dejar sola. Vamos a salir de esto juntas". El miedo a lo desconocido ha disminuido. El toque de la doula da un mensaje de fuerza a sus palabras. Otras miran a la doula como una guía, a veces aceptando sus sugerencias, su ayuda para cambiar de posición para relajarse o respirando como le indica. No solo la postura tendida en la cama, o de costado,

hay estudios que demuestran que caminando, cuando el cuello tiene una dilatación de menos de 8 cm. ayuda a disminuir el dolor. Mientras la mujer está en trabajo de parto la doula o el marido le dan el apoyo físico si lo necesita para caminar, pujar u otro. Por ejemplo, ellos pueden darle la mano mientras ellas caminan, y luego apoyarla fuertemente cuando tenga una contracción. También pueden guiarla con la respiración durante las contracciones.

Los estudios de los efectos del apoyo de la doula han sido analizados por métodos estadísticos. Publicados por el New England Journal of Medicine, el British Journal of Obstetrics and Gynecol. y el Journal of the American Medical Association .

La evidencia que apoya el uso de doulas viene de seis estudios informales controlados, 2 en Guatemala, uno con 136 mujeres y otros con 465 mujeres; un estudio en Houston, Texas, con 416 mujeres participantes y otro con 192 mujeres de Johannesburg, Sudáfrica. El quinto y sexto estudio hechos en Helsinki, Finlandia y en Canadá respectivamente, a pesar de ser pequeño, muestran también un apoyo para el uso de doulas.

En todos los estudios las mujeres participantes estaban esperando su primer bebé, estaban sanas y habían tenido un buen embarazo. Las madres en cada estudio fueron invitadas a participar cuando llegaron al hospital y se les dijo que podían tener o no una mujer (la doula) que se podía quedar con ellas durante todo el trabajo de parto y alumbramiento y que recibirían la misma atención hospitalaria, participar o no.

Los datos que se desprenden con mayor consistencia son los referentes a la duración total del trabajo de parto, que se reduce en promedio cerca de tres horas, tiene esta población una mayor frecuencia de partos vaginales que en algunas series dobló al grupo control. Además se disminuye a la mitad el uso de ocitocina para conducir el trabajo de parto. Disminuye también el uso de fórceps para el expulsivo y el número de partos por cesárea.

Cuando se analiza el uso de medicamentos para aliviar el dolor, este es un punto de mas difícil tratamiento por cuanto, no en todos los lugares se cuenta con anestelistas preparados para las técnicas más modernas de analgesia como son las epidurales o peridurales combinadas. Su uso y frecuencia también puede influir en el desenlace y la duración del trabajo de parto, no tanto por la técnica misma, la que se ha demostrado beneficiosa, si logra los efectos deseados al nivel de dolor de cada paciente, permitiéndoles seguir deambulando. Algunos trabajos revelaron un mayor número de cesáreas y partos instrumentales, pero más bien se asociaron a una mala indicación del tiempo o la dosis de la anestesia requerida, produciendo distocias en

etapas muy iniciales del trabajo de parto, o aboliendo el reflejo del pujo con la consiguiente prolongación del período expulsivo y mayor uso de forceps de salida.

En los últimos 30 años muchos programas se han desarrollado para ayudar a la mujer durante el parto. Algunos, como los métodos Lamaze y Bradley tienen una alta organización y técnicas estructuradas. Este sistema entrena mujeres que proveen apoyo durante el parto, y en muchos casos entrena al padre a actuar, como guía y ayudar a su mujer con el dolor, a través de técnicas respiratorias. Estos métodos son más bien dirigidos y estructurados. En contraste, el trabajo de la doula o del asistente de nacimiento ayudará a la madre de un modo absolutamente natural. La doula no le dirá a la madres que hacer de cualquier modo sino que irá al paso de la madre. Estas distinciones son importantes, porque han aparecido muchas técnicas que tratan de parecerse a lo que hace la doula, pero en la práctica son muy diferentes.

El programa certificado más antiguo de entrenamiento de doulas es la Asociación Nacional de Asistentes de Nacimiento localizado en San José, California, no solo entrena mujeres para ser doulas sino también enseña y certifica a mujeres que quieran crear programas de entrenamientos de doulas en sus propias comunidades (ANAN), también tiene un sistema a nivel nacional.

LA EXPERIENCIA DE DUBLIN

Si bien es cierto, las experiencias anteriores nos van mostrando un camino y señalan ámbitos hacia las necesidades no satisfechas de nuestras pacientes, estos modelos talvez se nos hace impracticable si pensamos en nuestros propios recursos . Muchos a estas alturas deben sentir la molestia de estar escuchando cosas que a lo mejor nunca podrán implementar, ya sea por chocar con la rigidez de un sistema administrativo o simplemente por que la lucha necesaria para implementar reformas consume un tiempo y unas energías con las que no se cuenta .

Es por eso que mi deseo por último es comentar la experiencia de O'Driscoll, con su aporte para entender el parto natural. En su forma de trabajo se pueden comparar mejor nuestras propias realidades locales ya que su modelo se desarrolla en un servicio hospitalario organizado como clasicamente hemos concebido nosotros en Chile una maternidad. El National Maternity Hospital

Aquí conocemos el trabajo de la maternidad Irlandesa como el **Método de O'Driscoll para el Manejo Activo del trabajo de parto**. Muchas veces se ha tratado de implementar como una forma de disminuir las tasas crecientes de cesáreas soñando con llegar a los niveles de un 4 - 5% que ellos poseen.

Los factores claves que ellos manejan en su programa incluyen 1. un diagnóstico exacto del inicio de trabajo de parto 2. un cuidado personalizado y 3. un tratamiento especial para madres primíparas.

Desgraciadamente en muchas partes se ha copiado el manejo activo y el cuidado personalizado ha quedado fuera. A juzgar por sus estudio este es un craso error. Estos hospitales no se han dado cuenta de la importancia del cuidado personal en facilitar y acortar el parto. Su experiencia demuestra que el ingrediente de tener una persona todo el parto al lado de la madre tiene una gran influencia en el final exitoso del parto.

¿CÓMO SON LAS MATRONAS?

Pero la sola presencia física no basta, la matrona debe darse cuenta que su trabajo más importante con la madre es darle apoyo emocional, muy necesitado en este momento crítico, y no tan simple como anotar los signos vitales en el partograma. A las pacientes se les garantiza que tendrán una matrona acompañante para ella en cualquier momento del día o de la noche que ingresen.

Esto despertó la necesidad de cambiar la organización del control del trabajo parto dando una matrona a cada mujer para que monitoree su parto minuciosamente. Esto les dio un resultado de partos cada vez más cortos.

Las matronas son entrenadas en tocar a la madre, contacto visual y táctil, y usar la posición cara a cara es decir, la enfermera y madre en el mismo plano horizontal.

¿CÓMO ES EL TRATO A LAS PRIMIGESTAS?

Ellos también están conscientes de la diferencia entre madres primíparas y múltiparas, el Dr. O'Driscoll creó un sistema de dos colores de modo que cualquier persona en el piso (hasta el personal de mantención y aseo) podría saber qué madre está teniendo su primer hijo.

Este trato distinto se asocia a otro factor que es la educación del paciente, en el verdadero sentido de la palabra. La educación prenatal enseña a la madre a entender el proceso, que pasa cuando está con trabajo de parto, en el hospital enseñan como ayudarla y dejarse ayudar, a como tener confianza y el apoyo que recibirá. En este modelo la función de apoyo de la matrona de Dublín podría ser comparable a la desempeñada por la doula.

El manejo activo del parto se implementa con el propósito de reducir el largo del trabajo parto y sus complicaciones, esta es una forma de pensar como facilitar la experiencia del parto y nacimiento a los padres, También esto incluye entender el curso individual que tuvo el embarazo, su historia familiar previa, el número de hijos y su historia en el hospital. Dirigir un parto en un sistema planificado lleva a la mujer a sentirse atendida en todo momento y sentir que ella es capaz de llevar adelante su embarazo, que estará segura, que su dignidad y experiencia son importantes y que las respuestas de su cuerpo serán las normales y naturales.

¿COMO ES EL MANEJO ACTIVO?

DIAGNOSTICO DE PARTO

La educación en el programa de embarazo también educa a la mujer a reconocer los verdaderos síntomas del parto. Si la mujer llega con contracciones pero el examen revela que no está en trabajo de parto, será enviada a su casa hasta que este comience. En este hospital rara vez se induce el parto.

Cuando el diagnóstico de parto está hecho, a cada mujer se le asigna una matrona personal, generalmente una enfermera que es entrenada para ser matrona y que la atenderá durante todo el parto.

El diagnóstico de inicio clínico del trabajo de parto es una de las claves para lograr acortar los parto. Si se ingresa una mujer que no esté en trabajo de parto, estas se sentirán agobiadas y fuera de control y sus ansiosas matronas puede sentirse impelidas a hacer intervenciones obstétricas como romper membranas o poner ocitocina para apurar las contracciones. Una cosa lleva a la otra y la madre puede terminar muchas horas después en una cesárea. Si se le hubiera hecho un diagnóstico correcto, ella podría volver a su casa y sabría que lo que siente aún no es el parto mismo y que entre uno a 10 días después ella empezará con su parto y querrá naturalmente tener un parto normal.

Es necesario hacer esta descripción del parto con algunos detalles porque creo que es un elemento crítico en el manejo de un parto en el Método de O'Driscoll.

Si el parto ha comenzado pero el cuello de la madre no se ha dilatado en lo descrito como normal para una fase activa a las madres se les dará ocitocina después de algunas horas. Sólo el 30% de las primíparas recibe ocitocina. El manejo activo de un parto incluye la rotura de membranas una vez que la cabeza de la guagua está encajada.

CUIDADO PERSONALIZADO

En el National Maternity Hospital de Dublín, dar a luz es un trabajo de mujer. Mujeres cuidadas por mujeres es la continuación de una larga tradición. La matrona practica su oficio con cariño, intuición, destreza y conocimiento experto.

Con estos planteamientos como guía, las enfermeras graduadas, entrenadas por matronas son ahora los principales apoyos de las madres a través de su parto. El padre es bienvenido en cualquier nivel de compromiso que quiera. Es alentado a estar presente todo el tiempo, a sentirse cómodo tomándose un recreo, o saliendo durante alguna intervención si quiere.

No es puesto en el lugar de ser el apoyo principal. Está claro que él está ahí como apoyo emocional y no como experto en facilitar el parto. La enfermera matrona se concentra en la madre, pero es respetuosa respecto del padre, la enfermera lo tiene sentado cerca de ella y lo hace tomar la mano de la madre cuando las contracciones son más fuertes. También cuando camina, la enfermera matrona a un lado de la madre, trabajando juntas a través de cada contracción, mientras la madre camina o permanece en cama. Cuando la madre tiene una contracción mientras camina, la matrona la hace apoyarse en la pared, dejándose ir, concentrando su atención en algo externo.

Tranquilamente guía a la madre cuando tiene una contracción con una respiración relajante, la enfermera matrona le pide que mire a otra parte de modo que la mujer salga de sí misma y se concentre sólo en el dolor. Cada 15 minutos caminando la enfermera matrona ayuda a la madre a volver a la cama a escuchar los latidos del corazón del bebé. Luego le dice " el corazón del bebé está perfecto, fuerte, sano, voy a medir su contracción ahora, bien, Ud. lo está haciendo fantástico, respire, exhale, bien, déjelo ir, Ud. es fantástica.

EL MANEJO DEL DOLOR

En el Modelo de O'Driscoll usan diferentes métodos para manejar el dolor o la incomodidad, la más frecuente es la relajación, exhalando y concentrando su atención en ella. Algunas pacientes pueden usar Demerol, un par de dosis (50 mg. cada vez) hasta que su cuello tenga 6 cm. de dilatación. También hay una máscara con óxido nitroso o si la madre está muy agotada e incapaz de salir adelante, se usa anestesia epidural. La enfermera generalmente ayuda a la madre a trabajar a través del dolor. El 20% de las madres eligen epidural.

A medida que el parto avanza, de 8 a 10 cm. la enfermera se involucra más, ayudando a la mujer a manejar el poder de las contracciones. Puede abrazarla y estar cara a cara, continuará hablándole, recordándole una y otra vez la respiración, relajándola, y diciéndole lo bien que está haciéndolo.

UN MODELO DE CUIDADO

Al situarse como observadores externos, en un rincón de la sala de pre-partos, algunos visitantes han descrito lo visto como todo un sistema creado hacia el apoyo materno y paterno, a través del nacimiento de un bebé sin ansiedad, con gentileza, valentía, tibieza y muestras de un afecto real.

Nunca escucharon hablar en contra de alguien o con desagrado por la atención. Las madres son tratadas con una inusual sensibilidad. Vemos un desarrollo cálido entre la enfermera matrona y cada madre, un componente que pensamos es

extremadamente válido. La madre es abrazada física y emocionalmente. Cada cuidadora se preocupa de que ésta sea una ocasión muy especial para cada pareja y cada madre es tratada como algo especial, aunque sea tonta, fea, o enojona. La ecuanimidad de las enfermeras y matronas es un ejemplo valorado por todos los obstetras.

No obstante lo anterior, todo el sistema tiene equipos médicos apropiados para un cuidado moderno de la madre y el feto, pero el cuidado es a la vez humano, cálido, estando en las proporciones correctas humanidad y tecnología.

Como mencionamos antes, muchas de las unidades en el mundo que han copiado el manejo activo de un parto usan el mismo significado de parto, ruptura de membranas, uso de ocitocina, uso de analgesia con peridural, pero pasan por alto lo que yo considero el esencial ingrediente del método, el cuidado personal. Este cuidado personal una a una es tan naturalmente innato en el personal del National Maternity Hospital que ellos mismos puede que no lo aprecien en su valor inmenso, y puede que no lo enfatizen cuando lo enseñan a los visitantes del extranjero.

Otro importante logro del Hospital de Dublín es la inusual baja tasa de complicaciones de madre e hijo. Durante los últimos 15 años la tasa de cesárea ha variado sólo un 5 a 6% y el largo promedio de duración de parto para madres primerizas es de menos de 6 horas. Al mismo tiempo, las estadísticas de la salud de los bebés recién nacidos continúa siendo notable.

Después de esta presentación me atrevería a decir que el parto natural es el parto que sea más humano. Puede ocurrir en la propia casa de la paciente, en un centro de nacimientos, en una clínica o en un hospital muy complejo, pero en todos los casos habrá la posibilidad de que el parto sea natural. Es decir sea más humano, y involucre de tal manera a la mujer y su marido que los dos sean más personas en su vuelta a casa.

Referencias Bibliográficas:

1. *Voluntad y Sexualidad*
Paul Chauchard, Ed. Herder 1971
2. *La Estructura del Comportamiento*
Maurice Merleau-Ponty. Biblioteca
Hachette de Filosofía
3. *El Padre, Acto de Nacimiento*
Bernard This, Ed. Paidós 1980
4. *Mothering the Mother, How a
Doula can Help You Have a Shorter,
easier and healthier Birth*
Dr. Marshall H. Klaus; John H.
Kennell, Phyllis H. Klaus, M. Ed,
A Merloyd Lawrence Book 1993

HUMANIZACION Y TECNOLOGIA EN LA ASISTENCIA OBSTETRICA

*Dr. René Castro Santoro
Encargado Programa Salud de la Mujer
Ministerio de Salud*

“El parto normal se considera un episodio fisiológico y natural de la vida, el cual debe ser una fuente de felicidad para la familia. La mujer embarazada, o en trabajo de parto, no es considerada como una 'paciente' sino como una madre, esto es, una mujer sana que tiene un hijo ”.

Profesor Roberto Caldeyro-Barcia

INTRODUCCIÓN

Tecnología: aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica.

Tecnologías en Salud: su definición original se refería a "los medicamentos, a los equipos y dispositivos médicos, a los procedimientos médicos y quirúrgicos, y a los modelos organizativos y sistemas de apoyo necesarios para su empleo en la atención de los pacientes". Su acepción actual, más amplia, incluye todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas, sanas o enfermas y, resalta la importancia de las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso.

Tecnología Apropriada: es aquella de valor científico reconocido, de bajo costo, accesible a toda la población y, aceptada por la comunidad.

En el mundo actual predomina un excesivo tecnicismo en salud, de altos costos, con segmentos de población excluida de los servicios y prestaciones básicas; existe una sobreutilización de tecnologías sofisticadas y se tiende a dejar de lado aquellas otras que, por ser de bajo costo, se consideran de menor calidad.

Tradicionalmente, la mayoría de las decisiones sobre las tecnologías en salud han sido tomadas por los profesionales de salud, en particular por los médicos. En la última década, la evaluación de tecnologías sanitarias y la medicina basada en evidencia, se han constituido a nivel mundial en valiosas herramientas para consensuar los métodos más efectivos que permitan mejorar la atención de salud. La evaluación tecnológica pone a disposición de quienes deben tomar decisiones - proveedores de servicios, funcionarios gubernamentales, administradores sanitarios, investigadores, gerentes de empresas relacionadas con la salud (industria

farmacéutica, equipamiento) - la evidencia disponible sobre seguridad, eficacia, costo-efectividad y utilidad en la calidad de vida de las personas.

Esta metodología de evaluación, considerada por muchos como la "tercera revolución en la medicina", privilegia la calidad y la efectividad por sobre la contención de costos. Se está pasando de una evaluación principalmente basada en las necesidades de los productores de Tecnología en Salud a otra, que coloca en primer plano las necesidades individuales y colectivas de los usuarios de estas.

Cada vez hay más conciencia de que no todo lo técnicamente posible - es decir, seguro y eficaz - es útil - es decir, efectivo y eficiente - al momento de lograr mejorías en el estado de salud individual o colectivo; para controlar los costos, sin reducir arbitrariamente el acceso a los cuidados de salud, se requiere saber mucho más sobre la seguridad, la efectividad y el uso apropiado de medicamentos, pruebas y procedimientos.

En suma, la tecnología es sólo un instrumento y su utilización, sin una base normativa clara, basada en evidencia, no garantiza su eficacia. En el área de la atención obstétrica este aspecto resulta de gran importancia.

ATENCION OBSTETRICA

Actualmente, se tiende a considerar en principio que todo embarazo es "de riesgo", lo cuál lleva a someter a la embarazada a diversos estudios y prácticas rutinarias, sin un respaldo sólido y de dudoso valor en cuanto a la toma de decisiones posteriores; este deseo médico de cubrir todos los riesgos posibles, aún los más remotos, durante el embarazo y el parto, lleva a la realización de procedimientos técnicos no exentos de riesgos, a veces mayores que los que se desea prevenir.

En 1981, el profesor Caldeyro-Barcia, cuyo aporte a la salud obstétrica y perinatal es ampliamente reconocido a nivel mundial, afirmaba: "A medida que se aproxima el momento del parto, crece el número de prácticas médicas invasivas y muchas veces innecesarias, incorporadas en función de un imperativo tecnológico que dista de ser inocuo y de aportar beneficios netos a la salud de la gestante y su hijo en todos los casos".

Este enfoque, por lo general, no contempla el respeto a las posibles ideas y creencias de la mujer, con lo cual se reduce su autonomía y su posibilidad de asumir un rol más activo en una experiencia como la maternidad, de tanta significación en su vida. El Comité de Ética del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, en Mayo 1993, señala 2 importantes consideraciones a este respecto: considerar la variable de género como un factor relevante en la interpretación del sentido de la autonomía y la capacidad de la mujer en la relación médico-paciente; el embarazo

y el parto, elementos centrales en la demanda de servicios médicos por las mujeres, no son enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud ha definido un marco de referencia ética para los cuidados ginecológicos y obstétricos; de los 7 puntos señalados, cabe destacar los siguientes :

2. El principio de la autonomía enfatiza el importante rol que la mujer debe adoptar en la toma de decisiones con respecto al cuidado de su salud. Los médicos deberán tratar de reparar la vulnerabilidad femenina, solicitando expresamente su elección y respetando sus opiniones.
3. Cuando les sean requeridas decisiones relativas a cuidados médicos, las mujeres deberán ser provistas con una información completa sobre los procedimientos alternativos disponibles, incluyendo riesgos y beneficios.
6. Además de la provisión de los servicios médicos, los profesionales tienen la responsabilidad de considerar el bienestar de la mujer y su satisfacción psicológica, juntamente con sus cuidados ginecológicos y obstétricos.
7. En la administración de los cuidados de la salud a la mujer, la justicia requiere que todas sean tratadas con igual consideración, independientemente de su situación socioeconómica.

Cuando el equipo obstétrico hace prevalecer sus intereses en desmedro de los de sus "pacientes", restringiendo o negando a las mujeres su rol protagónico - es SU embarazo, SU parto -se deshumaniza lo humano; cuando a través de un intervencionismo excesivo, y muchas veces no justificado, se provocan efectos indeseados para la madre y su hijo/a, se está desnaturalizando lo natural; cuando cualquier tipo de conducta se somete a la vigilancia de los "expertos" y de sofisticadas tecnologías, se medicaliza la normalidad.

Sergio Cecchetto, filósofo argentino, en relación a la "medicalización" del embarazo y el parto, señala: "Por momentos incluso pareciera que las técnicas empleadas son capaces de llevar adelante por sí solas y de manera perfecta el trabajo que la naturaleza le encomendó a las mujeres, y que ellas están allí de más, interfiriendo, llamando la atención sobre sus sufrimientos. Los contactos artificiales e impositivos con el equipo tratante reemplazan a los vínculos afectivos que la parturienta pudiera recibir como apoyo y colaboración de sus allegados".

Desde una perspectiva socio-cultural, tomada de la interesante publicación Birthpsychology, respecto a la atención del parto en los Estados Unidos, se señala que los procedimientos que se le realizan a la mayoría de las madres y sus hijos, cumplen con los criterios que caracterizan a los rituales : pauteados y repetitivos, basados en creencias culturales profundas sobre la necesidad del control de los procesos naturales, en la desconfianza de lo natural y la debilidad asociada del

cuerpo femenino, en la superioridad de la ciencia y la tecnología y, en la importancia de las instituciones y las máquinas. "Los procedimientos hospitalarios le dan una estructura ordenada al caótico flujo del proceso del nacimiento".

En otro punto, se señala: "A través de estos rituales hospitalarios, los obstetras deconstruyen el nacimiento, luego lo invierten y lo reconstruyen como un proceso tecnocrático". Concluyen que, desde la perspectiva de la sociedad, el proceso del nacimiento no será exitoso a menos que las mujeres y sus hijos sean "adecuadamente socializados" durante la experiencia; esto significa que hagan lo que todos hacen, renunciando a su autonomía y protagonismo.

Una perspectiva opuesta plantea la Haptonomía - ciencia de la afectividad: "el embarazo y el nacimiento son acontecimientos de una importancia considerable en la vida de las personas. La afectividad en estos acontecimientos exige un respeto de la privacidad y de la intimidad".

Un Grupo de Expertos, reunidos en 1985 por la Organización Mundial de la Salud en la ciudad de Fortaleza, Brasil, formulan **"16 Recomendaciones para la Apropriad Tecnología del Nacimiento"**, basadas en el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir una atención prenatal apropiada y, tiene un rol central en todos los aspectos de esta atención. En lo que se refiere a la relación entre la comunidad usuaria y los servicios que se entregan, cabe destacar las siguientes:

1. Toda la comunidad debería estar informada acerca de los diferentes procedimientos en la atención del parto de manera de permitir a cada mujer elegir la posición que más le acomoda en el parto.
3. Información acerca de las prácticas de la atención del parto en los hospitales (p.ej. incidencia de cesárea) deberían ser del conocimiento del público que se atiende en esos hospitales.
8. La embarazada no debe ser colocada en posición de espaldas durante el trabajo de parto y del parto. Se le debe estimular a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe escoger libremente la posición a adoptar durante el parto.
13. El niño sano debe permanecer con su madre cuando las condiciones de ambos lo permite. El proceso de observación del recién nacido sano no justifica la separación de la madre.
14. El comienzo inmediato de la lactancia debe ser promovido, aún antes de que la madre sea trasladada desde la sala de partos.
15. Deben ser identificados los servicios de atención obstétrica que tienen actitudes críticas hacia la tecnología y que han adoptado una actitud de respeto hacia los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.

Al cabo de 15 años de emitida esta Declaración de Fortaleza, una evaluación crítica rápida lleva a concluir que la mayoría de las 16 Recomendaciones no se está

aplicando en la actualidad; uno de los indicadores más descriptivos de esta situación es la elevación progresiva de la tasa de cesáreas (la Recomendación N° 4 señala: "No existe justificación en ninguna región geográfica específica para tener más de un 10 -15% de cesáreas").

Un reciente estudio, con perspectiva "ecológica", publicado por el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano), sobre las tasas de cesáreas observadas en 19 países latinoamericanos, concluye que las 850.000 cesáreas innecesarias que se realizan cada año en la región - tasas sobre 15% - someten a un mayor riesgo no justificado a mujeres jóvenes y sus hijos y, representan una carga presupuestaria para sistemas que trabajan con recursos limitados. Lamentablemente, nuestro país ocupa el primer lugar, con un 40%.

En 1999, la O.M.S. presenta un nuevo Informe de un Grupo de Trabajo Técnico sobre Parto Normal, el cual agrupa las diversas prácticas relacionadas con la atención durante el embarazo y el parto en las siguientes 4 categorías, en base a la mejor evidencia disponible; por razones de espacio, se señalan las más relevantes en cada categoría.

Categoría A:

Prácticas probadamente útiles y que deben ser estimuladas (n = 22)

1. Respetar la decisión informada de las mujeres sobre el lugar en que ocurrirá el nacimiento.
2. Respetar el derecho de las mujeres a la privacidad en ese lugar.
3. Respetar la elección de la mujer sobre sus acompañantes durante el trabajo de parto y el parto.
4. Apoyo empático durante el trabajo de parto y parto por parte del personal de salud.
5. Entregar a las mujeres la información y explicaciones que ellas soliciten.
6. Vigilancia fetal a través de auscultación intermitente.
7. Libertad en la posición y movilidad durante el trabajo de parto.
8. Evitar la posición acostada durante el trabajo de parto.
9. Control cuidadoso de la progresión del trabajo de parto (uso de partograma).

Categoría B:

Prácticas claramente peligrosas o inefectivas y que debieran ser eliminadas (n = 15)

1. Enema de rutina
2. Rasurado pubiano de rutina
3. Posición supina de rutina durante el trabajo de parto
4. Uso rutinario de infusiones intravenosas durante el trabajo de parto
5. Uso de ocitócicos en cualquier momento antes del parto cuyo efecto no pueda ser adecuadamente controlado.

6. Esfuerzos de pujo dirigidos y prolongados durante el período expulsivo (maniobra de Valsalva).
7. Divulsión y estiramiento del periné durante el período expulsivo.
8. Revisión uterina manual de rutina postparto

Categoría C:

Prácticas con insuficiente evidencia que apoye una recomendación clara y que debieran ser usadas con cautela a la espera de nuevas investigaciones que aclaren el tema (n = 8)

1. Rotura artificial de membranas de rutina en etapas tempranas del período de dilatación.
2. Maniobras de protección del periné y de manejo de la cabeza fetal al momento del parto.
3. Uso rutinario de ocitocina, tracción controlada de cordón, o ambas combinadas, durante período del alumbramiento.
4. Pinzamiento precoz del cordón umbilical.

Categoría D:

Prácticas frecuentemente usadas en forma inapropiada (n = 14)

- Restricción de alimentos y líquidos durante el trabajo de parto.
- Exámenes vaginales frecuentes o repetidos, especialmente por más de un examinador.
- Monitoreo electrónico fetal
- Aceleración ocitócica
- Control del dolor con agentes sistémicos; con analgesia epidural
- Desplazamiento rutinario de la mujer en trabajo de parto a una pieza diferente al comienzo del período expulsivo.
- Cateterización vesical
- Estimular a la mujer a pujar cuando se haya diagnosticado una dilatación completa o casi completa, antes de que la mujer sienta la necesidad de hacerlo.
- Adherencia rígida a una duración definida del período de dilatación -1 hora- si las condiciones maternas y fetales son buenas y si el trabajo de parto progresa.
- Uso rutinario o liberal de episiotomía
- Parto operatorio

SITUACION ACTUAL EN CHILE

La atención de partos en el país, en el marco de un sistema mixto de salud, muestra diferencias importantes entre los sub-sistemas público y privado. En la red hospitalaria pública, la atención del parto normal está en manos de las Matronas, cuya competencia al respecto está avalada por los 165 años de su formación profesional en calificados centros académicos; ante dificultades, recurre al apoyo médico, sea

del especialista gineco-obstetra en los hospitales de mayor complejidad o, a médicos generales en los hospitales más pequeños, quien decide y realiza la intervención correctiva que resulta más adecuada.

En la práctica privada, que se realiza en centros privados, con grados variables de estructura y equipamiento tecnológico, la responsabilidad en la asistencia del parto es asumida por el especialista Gineco-obstetra, secundado por una Matrona; dado que la atención se realiza en el contexto de una relación personal entre el médico y la embarazada-"paciente", las decisiones obstétricas en general son tomadas por el médico "tratante".

Los distintos perfiles de formación profesional, unido a las diferencias de género, incide en las conductas de los 2 profesionales legalmente habilitados para la atención de partos normales : la Matrona, preferentemente mujer, asume una actitud de espera, de apoyo a la parturienta a través del proceso; el Médico Gineco-obstetra, predominantemente varón en nuestro medio, asume una actitud más intervencionista.

El grado de participación activa de la mujer en SU parto es variable, dependiendo del entorno en que se realiza su atención. En los hospitales públicos, en la última década, se han ido realizando progresivos avances en la calidad y calidez de los servicios entregados por el equipo de salud obstétrica y neonatológica. En la práctica privada existe una actitud receptiva a incorporar modalidades de partos genericamente llamados " naturales ", que permiten un mayor protagonismo de la mujer.

Con el excelente nivel que exhibe el país en materia de mortalidad materno-infantil, en relación al evento del nacimiento y sus modalidades de atención, el desafío actual es mantener una actitud de vigilancia profesional atenta de todo el proceso, promoviendo una participación realmente activa de la mujer, su pareja masculina, en un entorno hospitalario que brinde las condiciones ambientales más parecidas al hogar. Esta visión se enmarca en un concepto de salud que puede resumirse a través de una fórmula : autocuidado (protagonismo y decisiones informadas de las personas) + cuidado profesional (uso racional de tecnologías).

En suma, se trata de restituirle al acto del nacimiento su condición de ser un hecho social - la llegada de un nuevo individuo a una familia y a la sociedad, rodeado por el amor de sus padres y el soporte de protección que entregan los proveedores de la atención. Como señala un destacado médico francés, Michel Odent, activo impulsor de esta visión, "la salud empieza por el principio".

La calidad de la atención puede englobarse en la definición entregada por un experto de la O.P.S. en la materia : " La mejor calidad de atención que uno puede brindar, es la que le gustaría recibir a uno o las personas que uno quiere ".

OPERACION CESAREA: UNA PERSPECTIVA CULTURAL

Dr. Jorge Hasbun H.
Gineco-obstetra, Depto. Obstetricia y Ginecología
Hospital Clínico, Universidad de Chile

La perspectiva histórica de un evento antropológico tan trascendente como una de las "formas de nacer" no significa una relación cronológica simple, sino en una visión amplia del problema, conocer su impacto en la Sociedad. Esto permite reflexionar sobre el efecto que los cambios en el conocimiento científico han llegado a tener en la mujer de hoy.

El objetivo de esta revisión es analizar los orígenes, la evolución y las consecuencias de la intervención a través del tiempo y contribuir a la identificación del problema actual en nuestro medio.

1. HISTORIA.

Nacer a través de la pared abdominal data desde la Antigüedad: Hay huellas en la mitología griega (nacimientos de Dionisio y Aesculapius), en el hinduismo (nacimiento de Brahma), en el budismo (nacimiento de Buda), en Persia (nacimiento de Rustam). Rosenbaum (1836) investigó esta probabilidad en la civilización egipcia y Von Siebold (1839), lo propio en la cultura griega, descubriendo ya para esa época, la aplicación del principio de la beneficiencia, al extraer un niño vivo de una reciente difunta, concepto originado en la observación de la existencia de animales vivos en el vientre de animales sacrificados.

El propósito inicial de la intervención fue recuperar al niño de una madre en proceso de muerte, como una medida de último recurso y no para preservar la vida materna.

En Roma, la ley, *Lex regia de Numa Pompilio* (715-673 AC), concedió al feto el derecho a la vida después de la muerte de la madre por lo que ninguna gestante muerta podía ser sepultada sin que el niño fuese extraído previamente del abdomen.

La denominación *Sectio caesarea* es una tautología que significa cortar (*secare, caedere*), esto es "extraído o venido al mundo por un corte" y el término *Caesones* o *Caesares* se aplicaba a niños nacidos post-mortem. Es un mito que se deba a que Julio Cesar haya nacido por esta vía, ya que su madre Aurelia vivió hasta su adultez y ninguna mujer sobrevivía la operación.

El primer registro de cesárea data de 1500, en Suiza, caso en el que una parturienta de varios días fue intervenida por su esposo, Jacobo Nufer, de oficio carnicero. La intervención fue permitida por las autoridades locales y la mujer y el niño excepcionalmente sobrevivieron. Como procedimiento médico, se considera como primera la efectuada por Jeremías Trautmann en 1610, en Wittenberg.

Ya en esa época la intervención se planteó como alternativa para pacientes con pelvis muy defectuosas, monstruosidades fetales y con imposibilidad de parto vaginal. La operación, muy infrecuente -restringida a casos sin otra posibilidad- fue largamente controversial y cuestionable, ya que generalmente era seguida por la muerte materna.

Las estadísticas de la época, demostraban el riesgo de la intervención, por elevadas cifras de Mortalidad Materna (73% en Inglaterra e Irlanda, de 1738 a 1849, Thomas R.; 95% en Dinamarca-Noruega, para el mismo período, Stadfeld; 100% en París hasta 1840, 40 casos operados, Gueniot; 100% en Viena hasta 1877, Späth)(1).

Aún cuando los cirujanos, en relación con cambios culturales, mejoraron sustancialmente sus conocimientos de la anatomía femenina (Renacimiento, Vesalio) y posteriormente de la técnica quirúrgica (educación médica y disección en cadáveres), la infección, limitaciones en la hemostasia, la ausencia de suturas y de anestesia, explicaron el resultado.

Esto estimuló el desarrollo de técnicas como la craneoclasia, la craneotomía, la decapitación fetal, la pelviotomía y finalmente el forceps, como procedimientos para evitar la cesárea y reducir la mortalidad materna (1) (2) (3).

Grandes polémicas en el mundo científico de la época (Europa), teñidas por conflictivas formas de interrelación cultural, se suscitaron por el uso de estas técnicas y su verdadero beneficio.

Como ejemplo citamos el clásico conflicto Sigault-Baudelocq en la pelviotomía propuesta por el primero en la Academia de Cirugía de París en 1768, premiado por la Facultad de Medicina y el gobierno francés. Impugnada por Baudelocq, la discusión prevaleció en Europa por cien años y aún cuando demostró menor mortalidad que la cesárea, la intervención tenía secuelas graves por lo que ulteriormente fue abandonada. Sin embargo, como balance positivo del conflicto, gracias a la línea argumental basada en evidencias, planteadas por los seguidores de ambos, quedó un definitivo conocimiento de la pelvis ósea, sus relaciones anatómicas y su funcionalidad.

Otro ejemplo a citar es el advenimiento del forceps en 1720. El instrumento usado por cirujanos árabes en la Antigüedad, mencionado por Avicenas y por los dibujos

de Albucassis, fué rediseñado por Chamberlain de Essex, Inglaterra. Este autor y su familia (descendientes obstetras), lo utilizaron con gran éxito, por más de cien años, manteniendo el secreto tanto de la forma del instrumento como la técnica de uso, a través de cuatro generaciones. Es también clásico el conflicto Mauriceau-Chamberlain, por el uso del forceps. Siendo el primero líder de la Escuela Francesa y opuesto a las prácticas del segundo, rechazó la compra en exclusiva del arcano instrumento.

Posteriormente el instrumento y la técnica, ambos con nuevas modificaciones, se difundieron ampliamente, pero con limitaciones en casos de presentaciones fetales muy altas o deformaciones pelvianas.

Restringida así la cesárea, dos avances importantes, anestesia (eter) por Morton en EEUU (1846) y antisepsia (ácido carbólico) por Lister en Inglaterra(1860) vinieron a estimular todos los procedimientos quirúrgicos, incluyendo este.

Del Porro, en 1876, propuso y realizó la cesárea-histerectomía con amputación supravaginal del útero y anexos, suturando con alambre metálico el muñón cervical el cual se dejaba extraperitoneal y unido al extremo inferior de la laparotomía. De este modo se evitaban las complicaciones propias de la herida uterina controlando la hemorragia y previniendo la infección sistémica (6).

Hubo audacia en la proposición de Del Porro, ya que la idea había sido planteada por Michaelis en 1806, pero nadie aventuró practicarla. Su consecuencia fue un auge enorme de la intervención y para 1901, Truzzi informó de 1097 casos de cesárea-histerectomía con una mortalidad materna de 25% (7).

Sin embargo, su éxito y aceptación fueron breves por la aparición de infertilidad y menopausia precoz, secundarios a la extirpación de los ovarios.

La cesárea original resurgió, aprovechando los conceptos de asepsia, anestesia y hemostasia e incluyendo ahora las nuevas suturas aplicables a la pared uterina y a los planos de la pared abdominal (Saenger, de Leipzig y Kehrer, de Heidelberg) (4)(5).

Ambos autores, rigurosos cirujanos, en forma independiente comunican en 1882 los primeros resultados, extendiéndose su técnica en toda Europa, con una mortalidad materna inicial de 25% que se estabiliza entre un 5 - 10% en los años posteriores, desplazando definitivamente la operación de Del Porro.

Al rigor de Saenger y Kehrer en la aplicación de suturas y medidas de asepsia se agrega en 1890, el uso de guantes de goma y en 1921 la histerotomía en el segmento inferior (Monroe), quedando así la intervención como la conocemos hoy. La

innovación tecnológica consolidó su seguridad, ampliando su utilización e indicándose en forma cada vez más temprana en el parto, con el claro propósito de reducir la mortalidad materna y perinatal.

2. OPERACION CESAREA EN EL SIGLO XX:

La modernización introdujo una serie de factores que han influido en la forma de nacer: La urbanización y concentración de población en grandes ciudades, el aumento de los hospitales y del parto intrahospitalario, el crecimiento demográfico, la identificación de riesgos, cambios en el rol de la matrona, que agregados a la seguridad de la operación, determinaron su incremento generalizado y secundariamente una disminución del parto espontáneo, cambios especialmente acentuados en las dos últimas décadas del siglo.

La información del mundo desarrollado demuestra una tendencia constante al aumento de cesáreas en casi todos los países, que esta tendencia es mayor en EEUU que en Europa, y que la frecuencia de la operación es dos veces mayor en Norteamérica que en países europeos (12).

Se ha argumentado para justificarlo, una relación causa-efecto, en que la mayor tasa de cesáreas habría mejorado el pronóstico perinatal. Sin embargo, los estudios realizados demuestran lo contrario.

O'Driscoll comparó ambas tasas para EEUU y Dublin entre 1965 y 1980: Mientras la tasa de mortalidad perinatal mejoró paralelamente en ambos países, la tasa de cesáreas aumentó de 5 a 15% en EEUU, pero se mantuvo estable, bajo 5%, en Dublin (8).

En 1985, EEUU tuvo 23.8 % de cesáreas y una tasa de mortalidad perinatal de 10.6, en contraste, Suiza, el mismo año tuvo 12 % de cesáreas y una mortalidad perinatal de 7.3 (9). Estos hallazgos han sido confirmados por otros autores (10)(11).

También se ha planteado un rol de la cesárea en la prevención del daño neurológico, pero la revisión del NIH para los últimos 25 años confirmó que en los niños nacidos por cesárea no hay una reducción del daño neurológico (13).

Esta inconsistencia o pérdida de la relación causa-efecto entre la operación y el pronóstico perinatal se debe a que la disminución de complicaciones y riesgos quirúrgicos y la presunción equivocada de un beneficio continuo sobre la mortalidad perinatal hicieron ampliar las indicaciones a casos que no la requerían.

La conclusión actual es que otros factores como el progreso en el cuidado neonatal con reducción del distress respiratorio, la regionalización del cuidado perinatal, mejor técnica de monitoreo y control antenatal tienen mayor influencia que la operación en el descenso de la mortalidad perinatal (14).

3. OPERACION CESAREA EN EEUU:

En la Sociedad norteamericana, marcada por el más notable impacto modernizador del siglo y que ha llegado a influir en el horizonte antropológico de la ciencia, el concepto del parto como un proceso fisiológico de la mujer ha sido deformado sustituyéndose por una gran intervencionismo.

La frecuencia de cesáreas subió de 1% del total de partos en 1916 a 24% en 1990 (15)(16) y ya en el origen del problema se reconoce al agresivo desplazamiento de la matrona en la atención de la mujer sana como factor más importante (Ver "The Official Plan to Eliminate the Midwife 1900-1930" de Faith Gibson. Internet). Este cambio, sin embargo, no fue acogido en Europa, donde el rol perfeccionado de la matrona se conservó, asociándose esta estrategia a menores frecuencia e incremento de la operación en los países europeos, significativamente inferiores que en EEUU.

La pérdida de la naturalidad del nacimiento, progresivo durante la primera mitad del siglo, fue seguida por el aumento del parto quirúrgico calificado como un cambio dramático por su velocidad en los últimos veinte años, ya que la frecuencia bajo el 5% hasta 1970, asciende rápidamente a 10% en 1975, a 15% en 1978 y a 24% en 1989.

200.000 cesáreas fueron adecuadas en 1970 mientras que 1.000.000 fueron efectuadas en 1990, sin un aumento en la tasa de nacimientos ya que 3.700.000 nacimientos ocurrieron en cada uno de estos dos años.

Considerando el limitado efecto sobre la mortalidad perinatal, la ausencia de efecto en la prevención del daño neurológico, la pérdida de la naturalidad del parto y que la política de salud enfatiza hoy los conceptos de costo-efectividad y contención de costos se ha evaluado el impacto económico de este incremento.

Para 1987 se evaluó el costo de la intervención: Se efectuaron 934.000 cesáreas (24% del total de partos), con un gasto de 3.1 billones de dólares. El costo promedio fue de 3386 dólares para cada cesárea, en cambio para el parto normal fue de 1396 dólares.

Se calculó que el ahorro por cada punto de reducción en el porcentaje de intervención habría sido de 68 millones y que una reducción del 24 al 18% (límite máximo de una frecuencia ideal), significaría un ahorro de 435 millones de dólares por año (17).

La mortalidad y morbilidad tienen importantes implicancias sociales y económicas. La mortalidad materna es 2 por 1000 operaciones y va de 2 a 20 veces la del parto vaginal. La morbilidad afecta del 25 al 50% de las madres cesarizadas (infección de herida operatoria, endometritis, infección urinaria, tromboflebitis, embolismo pulmonar, obstrucción intestinal)(18) (19).

Hay además, riesgo de distress respiratorio en el neonato de cesárea electiva (prematurez iatrogénica) y las complicaciones pulmonares están favorecidas por la ausencia de la presión física sobre el tórax fetal en el parto vaginal, factor importante en la función pulmonar óptima del niño (21).

Otras secuelas aditivas entre sí son la reiteración de cesárea, placenta previa y accretismo placentario, estas últimas de alto riesgo materno y progresivamente más frecuentes (22).

En relación con el parto vaginal la morbilidad de la intervención incrementa el gasto, por mayor costo del cuidado médico (costo directo), por tardanza en la recuperación y pérdida de productividad (costo indirecto), pero lo más importante es que vulnera el vínculo madre-hijo (costo afectivo intangible).

4. OPERACION CESAREA EN AMERICA LATINA:

En América Latina, Belizan (23) determinó la frecuencia de cesárea en 19 países. Hubo asociación clara entre la mayor tasa de intervención con el ingreso per cápita de los diferentes países y en los hospitales privados que en los públicos. Mujeres de mayor recurso económico y mejor educación tendrían más oportunidades de elección en sistemas más autónomos y ejercerían más influencia en las decisiones. Otro factor que se asocia al recurso económico es el uso de la tecnología, la cual también aumenta la posibilidad de parto operatorio por mejor diagnóstico antenatal.

En el estudio, Chile figura con **la tasa más alta de cesárea de la región, 40%**, que por extensión, **es la mayor frecuencia publicada en el mundo**. Erróneo sería asociar a lo anterior la menor mortalidad perinatal que luce nuestro país (15 por mil) ya que Cuba con igual mortalidad perinatal, tiene solo 23% de cesáreas.

La interacción con factores económicos es compleja y el análisis comparativo requiere conocer frecuencias de cesáreas corregidas o ajustadas por factores de riesgo relevantes en la población (24), sin embargo, la ausencia de esta corrección en el estudio no explica la tasa inusualmente alta en nuestro país.

Nuestra cifra de frecuencia de cesárea debe ser escrutada sin complacencias en su origen y su significado. En una sociedad intercomunicada y participativa las consideraciones descritas colocan nuevamente la operación en discusión y

organizaciones sociales como Centros académicos, Sociedades científicas, Grupos de investigación, Ministerio público, Prestadores de servicios, etc., deben propositivamente discutir hoy en una búsqueda de la mejor forma de nacer.

Este incremento de cesáreas es actualmente percibido como un grave problema de salud pública y que representa un gravamen muy importante a los programas de salud, tanto para las sociedades desarrolladas como para los países en desarrollo cuyos recursos son más escasos.

Considerando los antecedentes expuestos se ha consolidado el concepto actual: **La frecuencia de operaciones cesáreas es definitivamente más alta que la clínicamente necesaria y su disminución puede ser económicamente muy beneficiosa, sin afectar la calidad de vida.** En relación con esta premisa en EEUU se ha desarrollado el análisis causal y la aplicación de nuevas estrategias en la atención perinatal de la mujer, con aparente éxito inicial en el control del incremento (25).

5 CAUSAS:

Se han identificado un conjunto de factores que interactuando entre si, explican esta alza y se pueden ordenar arbitrariamente como áreas de análisis en: Socio-económicos, Culturales y Médicos.

5-1. Factores sociales y económicos:

- a) El factor social más importante es el descenso del parto natural, un resultado negativo de la modernización, que se asoció a cambios en el rol de la matrona (26). El diferente enfoque médico en Europa en el manejo de este problema, con un desarrollo científico obstétrico que integró el rol antropológico del apoyo mujer-mujer ejercido por la matrona, tiene hoy como consecuencia positiva, una mayor frecuencia de parto vaginal y menos de la mitad de operaciones que en Norteamérica. En nuestro medio la matrona conserva su rol asistencial supervisado en partos de hospitales públicos y esto puede explicar en gran parte tasas institucionales menores de intervención (27), ya que hay evidencias que la distocia, la falla de progresión, el sufrimiento fetal, el dolor y la frecuencia de cesáreas son menores en las mujeres cuidadas por matronas supervisadas durante el parto (28) (29) (30) (31) (32).

Un análisis de este rol y una nueva orientación en la atención obstétrica permitirían rescatar la influencia positiva de la naturalidad y del apoyo emocional en el parto, previniendo el intervencionismo no necesario.

Esta estrategia puede ser especialmente útil en la prevención de la primera cesárea, en las pacientes con distocia o falla de progresión que representan el 30% del total de intervenciones y es el factor que tiene el mayor potencial de reducción a un menor costo.

- b) El segundo factor sociológico en importancia es la influencia potencial en la actitud del obstetra, del prolongado período de restricción al desplazamiento nocturno por razones de política gubernamental entre 1973 y 1982, factor que no ha tenido evaluación científica y que se presentó en forma única en nuestro país.

Este factor influyó definitivamente en la atención obstétrica ya que ante la frecuente demanda asistencial de urgencia, propia de la especialidad en horario nocturno y en ausencia del médico tratante, las clínicas privadas promovieron y consolidaron exitosamente el concepto de residencias médicas obstétricas, antes inéditas en el sector, para cubrir la emergencia y disponer de segundo cirujano en partos quirúrgicos, durante la restricción nocturna. Si bien el obstetra dispuso de permiso especial de circulación en horario nocturno, esta situación representó de hecho una dificultad material y de coordinación que ante la inminencia de la hora de queda puede haber influido llevándolo a una actitud más resolutive con un incremento de inducciones ocitócicas en el manejo de casos con fase latente prolongada o cuellos no favorables, o en casos de inducciones o partos prolongados y a poner límites arbitrarios más estrechos para el período de dilatación. Esta premura también puede haber limitado el uso y posteriormente el abandono definitivo de otros procedimientos tradicionales como la postergación de la ocitocina para los días siguientes cuando no hubo respuesta inicial, el uso de dosis bajas de ocitocina con incremento progresivo, la deambulaci3n mantenida, los cambios posicionales y la observaci3n contínua, limitando el tiempo y modificando así la actitud antropológica de paciencia ante el parto.

También debe considerarse el efecto de la situaci3n en el esposo y la familia de la paciente en los cuales la ansiedad se acrecentó por la presi3n de la hora y esto influyó como un factor compulsivo de resoluci3n del parto en muchos casos.

En resumen, la restricción de desplazamiento nocturno puede haber generado una práctica obstétrica resolutive que favoreció el incremento de cesáreas en el sistema privado durante ese período. Esta actitud hecha rutina pudo perpetuarse en el tiempo en relaci3n con otros factores culturales y médicos simultáneos (crecimiento explosivo de la atención privada, aumento rápido de nuevos especialistas y mayores expectativas en los usuarios) y no se habría renovado con los conceptos actuales de control institucional de la cesárea, mejor definici3n de distocia, selecci3n de casos para parto vaginal, uso de partograma etc. Finalmente puede ser un factor más, entre otros, que explique las diferencias actuales en la frecuencia de operaciones con el sistema público, el cuál no fue influido por la restricción horaria ya que dispuso desde antiguo con servicio de residencia médica durante las 24 horas.

Esta reflexión, que constituye solo una hipótesis, requiere de un análisis de tendencia de la intervención en los partos del período de queda en instituciones privadas, lo cuál permitiría sacar algunas conclusiones aclaratorias.

- c) El tercer factor sociológico es el contexto laboral que se consolida progresivamente en la actualidad alrededor del obstetra.

Centralizado, sin marco regulatorio, en las grandes ciudades del país donde ocurre el mayor número de nacimientos, ejerce una actividad profesional que depende de múltiples fuentes laborales. Al ejercicio privado de libre demanda en una consulta, a veces en dos, se agrega el desempeño de un cargo funcionario en hospital público y en muchos casos un segundo empleador privado.

Esto exige constante desplazamiento urbano, tensión prolongada, consumo de tiempo, con un feble control a distancia de la paciente en parto. Este rasgo laboral es periódico y repetido en cada parto, cuando este ocurre superpuesto con las horas de consulta programada.

El obstetra, cautivo voluntario de este contexto inadecuado, queda expuesto a un balance inestable entre la importancia de sus responsabilidades profesionales, las necesidades personales y el requerimiento familiar y cuyo resultado indudablemente está influyendo en la decisión médica de parto quirúrgico en un número indeterminado de casos.

La centralización de la actividad en un establecimiento único, staff o acreditado, la promoción institucional de medidas que eviten doble responsabilidad simultánea, un hábito laboral de exclusividad por la parturienta y una distribución racional del recurso médico obstétrico de acuerdo a las necesidades reales de la población pueden contribuir a mejorar el contexto laboral.

- d) Otros factores sociales de incremento son la fecundidad desplazada a edad mayor y el concepto de único hijo en gestante tardía, los que generan casos de embarazos en mujeres mayores de 35 años que pueden acumular factores de riesgo determinantes de intervención (33) (34), pero la edad como único factor presente debe excluirse de la indicación. También es impropio aplicar en estos casos el concepto incorrecto de que el parto por cesárea es más sano para el feto que el parto vaginal.
- e) El factor económico, aún cuando es ajeno e incómodo al clínico, actualmente es importante analizar su influencia en las decisiones médicas, ya que no son independientes. El análisis económico se construye sobre el conocimiento clínico existente y valora la eficacia clínica de un tratamiento considerando

su costo como el de su resultado clínico y psicosocial. Tiene además la doble ventaja que sensibiliza a los prestadores a ponderar el recurso económico más escaso y a los pagadores a entender mejor las condiciones en que un procedimiento es elegido en mérito de su menor costo.

Los factores económicos involucran a instituciones y médicos y se ha explorado su influencia en la decisión obstétrica (35)(36), ya que pueden atenuarla parcialmente del análisis clínico objetivo de riesgos y beneficios, incentivando el mayor uso de cesárea. Esta información científica debe analizarse en forma cautelosa ya que se ha obtenido en otro contexto cultural, pero considerar su significado puede ser muy útil.

Se han identificado varios factores propios de la institución (clínica, hospital) asociados a la frecuencia de cesárea: Propiedad y organización económica, tamaño, localización, tecnología, nivel académico e índice ocupacional. La operación es significativamente más frecuente en el establecimiento propietario, no académico y de menor índice ocupacional (37).

Si bien no hay ningún argumento que apoye la idea que el médico realiza más cesáreas por un mayor beneficio económico, la influencia de este factor puede darse en forma indirecta como incentivo en un contexto permisivo o favorable a la cesárea como el actual (no hay incentivo financiero para el parto vaginal sobre la cesárea).

De los incentivos médicos se han estudiado 1) Inseguridad clínica: Cuando la decisión médica es clara y precisa (indicación indiscutible) el médico actúa en forma objetiva en el mejor interés de la paciente, pero cuando es incierta o imprecisa (indicación relativa) el médico es más sensible a la influencia de otras consideraciones, tales como la preferencia de la paciente o el riesgo de un juicio de mala práctica (38) (39). 2) Valor económico del tiempo o costo de oportunidad: Se valora el mejor uso del tiempo ocupado en la atención médica, favoreciendo el procedimiento más breve de una cesárea. 3) Sistema de pago: Se ha demostrado una diferencia clara en el índice de operaciones entre los médicos pagados por un sistema de honorarios y los asalariados, prepagados por una organización de cuidado médico (40) (41) (42). En los primeros actúa el incentivo de minimizar el tiempo asistencial de un parto, lo que permite otorgar mayor tiempo a otras atenciones, en cambio en los segundos el sistema desincentiva el uso de procedimientos de mayor costo. Hay fuerte evidencia que el índice de operaciones es menor en Sistema de HMO que en sistemas de pago por honorario, sin cambios en el pronóstico (40). 4) Conveniencia horaria: Se ha demostrado una tendencia a operar más frecuentemente en horas vespertinas y también en médicos

responsables de su cobertura nocturna con respecto a aquellos que comparten con otros las llamadas nocturnas. Este incentivo de conveniencia fue independiente del sistema de pago (43) (44).

Estos factores, que en el sistema de salud americano incentivaron el incremento de operaciones en las dos décadas pasadas, deben ser considerados por nuestra cultura organizacional de salud y los sistemas de prestación locales pueden proponer y promover medidas que neutralicen equilibradamente aquellas condiciones laborales que presionan al obstetra a elegir la cesárea.

McCulloh (45) argumenta frente a los incentivos de conveniencia, que los médicos tienen un auto-interés legítimo que no es propiamente económico, sino tener la opción para actividades que les permiten mejorar el cuidado que proporcionan a sus pacientes (tiempo para el estudio, el descanso y las responsabilidades familiares). Este principio es compatible con su compromiso ético y debe ser asumido por los agentes sociales involucrados.

5-2. Factores culturales

Actitud de la paciente:

En el contexto de la relación médico-paciente, la indicación de cesárea en la mayoría de los casos, es aceptada y consensuada por la paciente y el esposo. Sin embargo, es notoria en el tiempo actual la situación en que la paciente solicita una cesárea antes o durante el trabajo de parto, en ausencia de una indicación médica. Esto revela una insuficiencia en la relación médico-paciente (modelo ético equivocado), es una interferencia en el proceso de decisión médica (ruptura del principio del beneficio) e influye en la conducta obstétrica. La opción actual de cesárea para una paciente individual es alta (1 por cada 2 embarazadas en el sistema privado) (27), por lo que esto debe considerarse hoy como un tópico relevante en el conjunto de acciones de educación prenatal.

La prevención debe hacerse anticipadamente durante el control prenatal y es necesario discutir con ella las indicaciones reales, beneficios y riesgos en el contexto auténticamente propio del caso, durante la evolución de la gestación, lejos del epílogo, promoviendo la sana predisposición al parto vaginal.

Problema de litigio:

La percepción de mayor riesgo de litigio por juicio de mala práctica (46) es un factor que ha inducido en el médico una práctica defensiva de la obstetricia que está dañando seriamente su desarrollo, ya que promueve operaciones no indicadas. De las consideraciones potenciales sobre este punto rescatemos el principio más importante aplicable al problema en discusión: El obstetra debe sentirse siempre seguro de que no realizar una cesárea no indicada no aumenta su exposición al litigio.

La seguridad, confianza y respaldo del obstetra son elementos muy necesarios en este desafío y deben ser provistos por un cuerpo de pautas de procedimientos en cesárea generados en los organismos de la red médica y cuyo seguimiento representa una excelente herramienta de apoyo y defensa ante la emergencia de litigio.

Además, son principios médicos importantes en la prevención del litigio la atención personalizada, el refuerzo del afecto, el consentimiento informado específico, la decisión compartida, la calidad total de atención, las cuáles ya son realidad en varios centros del sistema privado, pero no lo son aún en el sistema público. Sin embargo, pese a esta ventaja comparativa beneficiosa la frecuencia de operaciones es significativamente mayor en el sistema privado, lo que demuestra que otros factores son más importantes.

5-3. Problemas Médicos Obstétricos:

Los factores médicos más importantes en la elevada frecuencia de cesáreas son el manejo del parto distócico o falla de progresión, de la cesárea anterior, del embarazo múltiple, de la presentación de nalgas, de la restricción del crecimiento, de la macrosomía, la prematurez, el parto del niño malformado, el diagnóstico de sufrimiento fetal, la disminución en el uso del forceps, el monitoreo fetal y la analgesia epidural.

Su contribución individual al incremento se conoce solo en forma aproximada, pero es claro que unos tienen mayor impacto que otros (cesárea anterior, distocia o falla de progresión, sufrimiento fetal y presentación de nalgas) y tienen por lo tanto mayor potencial para reducirla o contenerla.

Escapa al objetivo de este análisis la revisión pormenorizada de cada una de las situaciones médicas planteadas, pero para todas, la amplia investigación realizada en años recientes, ha aportado información definitiva que favorece la promoción segura del parto vaginal, bajo ciertas condiciones (47) (48) (49). La evidencia actual apoya la elaboración de programas específicos de manejo alternativo del parto que detienen el incremento de cesáreas y/o reducen su frecuencia, ante cada uno de los problemas obstétricos citados.

Este concepto debe promoverse como política institucional ya que es un hecho confirmado que es posible mantener el resultado perinatal, utilizando métodos de parto menos invasivos y de menor costo.

Las reservas planteadas a este enfoque (implementación factible solo en hospitales universitarios, no aplicable en clínicas o pacientes privados, etc.), han sido ampliamente superadas por la evidencia de buenos resultados en numerosos centros de ambas áreas (47) (48), por lo que esta argumentación no es válida.

Sin embargo, en el contexto actual, un factor negativo en la aplicación de los conceptos anteriores, es la pérdida de entrenamiento de las nuevas generaciones de especialistas en el uso de técnicas alternativas a la operación (forceps, versión externa, asistencia en nalgas) (50).

Esto es una consecuencia del incremento de cesáreas, que ha generado un ambiente de falta de oportunidades y supervisión adecuada en este tipo de parto vaginal y que en círculo vicioso estimula la intervención, ya que la carencia de estas capacidades es aceptada como indicación de vía alta.

Es válido señalar el contraste con otras situaciones de carencia en que la referencia o interconsulta es mandatoria e indiscutible (perinatológica), sin embargo, en el sistema privado, con la mayor tasa de intervención, no hay interconsulta perinatal intraparto por un posible forceps o una indicación discutible de cesárea en un parto prolongado, o una versión externa antenatal en presentación de nalgas.

Es necesario un significativo esfuerzo educacional de instrucción y supervisión en estos procedimientos, por profesores experimentados, como parte integral y preferente en los programas de entrenamiento en Obstetricia, principio que deben asumir los centros de enseñanza. La recuperación del obstetra adecuadamente entrenado, permitirá el cambio a círculo virtuoso y facilitará progresivamente la aplicación de programas formales específicos de reducción de cesáreas tanto en un nivel local como nacional.

En resumen, al inicio del Siglo XXI, debemos considerar a la operación cesárea en un proceso evolutivo de mejoría continua en el cuidado médico de la paciente y que nuestro medio adolece de un intervencionismo nocivo de consecuencias impensadas, razones por la que es necesario evaluar *nuevas estrategias en la atención de la mujer en parto*.

El interés social por el bienestar de la familia y la salud de la mujer impone a los organismos intermediarios de salud asumir el análisis de la realidad nacional actual y definir tareas para mejorarla.

Referencias Bibliograficas:

1. Döderlein A. *Operatoria Obstétrica*. En: *Tratado de Obstetricia*. Döderlein A. Barcelona, España: Editorial Labor 1925; pp 614-700.
2. O'Dowd M. J., Phillip E. *Cesárea*. En: *The History of Obstetrics and Gynecology*. O'Dowd M.J. Phillip E. Carnfort, England. Parthenon Publishing Group 1994; 131-137.
3. Boley JP. *The History of Cesarean Section*. Canadian Med. Assoc. J. Vol 145, 4, 1991, 319-322.
4. Kehrer F.A. *Sobre un proceder modificado en la operación cesarea*. Arch. Gynäkcol, 19, 177 c 2. 1882.
5. Sängner M. *Rehabilitación de la cesarea clásica*. Supl: *Sutura del utero*. Arch. Gynäkcol 19, 370. 1882.
6. Porro E. *Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio Cesario*. Ann. Univ. Med. Chirurg. 1876; 273, 289-350.
7. Truzzi. *L'operazione cesarea Porro*. Officina Poligrafica romana. Società Italiana di Ost. e Ginec. 1901.
8. O'Driscoll K, Foley M. *Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in CS rates*. Obstet Gynecol 1983; 61: 1- 5.
9. Notzon FC. *International differences in the use of obstetric intervention*. JAMA 1990; 264: 3286-3291.
10. DeMott RK, Sandmire HF. *The Green Bay CS study: 1. The physician factor as a determinant of caesarean birth rates*. Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 1593-1602.
11. Porreco RP. *High cesarean section rate: a new perspective*. Obstet Gynecol 1985; 65(3): 307-311.
12. Notzon FC, Placek PJ, Taffel SM. *Comparison of national CS rates*. New Engl J Med 1987; 316: 386-389.
13. Scheller J, Nelson K. *Does cesarean delivery prevent cerebral palsy or other neurologic problems of childhood?* Obstet Gynecol 1994; 83: 624-630.
14. Rydhstrom H, Ingemarsson K, Ohlander Slack. *Correlation between a high Cs rate and improved prognosis for low birth weight twins*. Br J. Obstet Gynecol 1990; 97: 229-233.
15. Placek PJ, Staffrel SM. *Recent patterns in cesarean delivery in the United States*. Obstet Gynecol Clin North Am 1998; 15: 607-27.
16. Stafford R, Sullivan S, Gardner L. *Trends in cesarean section use in California, 1983-1990*. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 1297-302.
17. Gardner LB. *Economic considerations in cesarean section use*. Chap 13 in Flamm Quilligan EJ. *Cesarean section*. New York, USA. Springer-Verlag. 1995 pp 173-190.
18. Rubin GL, Peterson HB, Rochat HB, et al. *Maternal death after cesarean section in Georgia*. Am J Obstet Gynecol 1981; 139: 681.
19. Rochat RW, Koonin LM, Atrash HK, Jewett JF. *Maternal mortality in the United States: report from the Maternal Mortality Collaborative*. Obstet Gynecol 1988; 72(1): 91-97.

20. Guldholt I, Espersen T. Maternal febrile morbidity after cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987; 66: 675-679.
21. Bland R. Pathogenesis of pulmonary edema after premature birth. *Adv Pediatr* 1987; 34: 175-221.
22. Muller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factor for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 210-214.
23. Belizán JM, Althabe F, Barros F, Alexander S. Rates and implications of caesarean section in Latin America: ecological study. *Br Med J* 1999; 319: 1397-1402.
24. Glanz JC. Cesarean delivery risk adjustment for regional interhospital comparison. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1425-31.
25. Health objectives for the nation. Rates of cesarean delivery. United States, 1991. *Morb Mortal Wkly* 42(15): 285-289.
26. Gibson F. The Official Plan for to eliminate the Midwife 1900-1930. *The Story behind the Story*. Internet
27. Sauman A, Accorsi E, Schnapp C, Rojas I, Merino R, Riveros R. Mesa Redonda: La cesárea ¿una panacea universal?. *Rev Chil Obstet Ginec* 1999; 64 (2): 85-104.
28. Klaus M, Kennel J, Robertson S, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *BMJ* 1986; 293: 587.
29. Kennel J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a United States hospital. A randomized controlled trial. *JAMA* 1991; 265: 2197-201.
30. Wuitchik M, Bakal D, Lipshitz J. The clinical significance of pain and cognitive activity in latent labor. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 35-42.
31. Lupe P, Gross T. Maternal upright posture and mobility in labor -a review. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 727-34.
32. Butler J, Abrams B, Parker J, Roberts J, Russell L. Supportive nurse-midwife care is associated with a reduced incidence of cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1407-13.
33. Gordon D, Milberg J, Daling J, Hickok D. Advanced maternal age and risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 493-497.
34. Peipert JF, Bracken MB. Maternal age: an independent risk factor for caesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 200-205.
35. Carpenter MW, Soule D, Yates WT, Meeker CI. Practice environment is associated with obstetric decision making regarding abnormal labor. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 657-662.
36. Hillman AI. Health maintenance organizations, financial incentives, and physicians' judgments. (Editorial.) *Ann Intern Med* 1990; 112 (12): 891-893.
37. Stafford R. The impact of non clinical factors on repeat cesarean section. *JAMA*, 1991 Vol 265, 1: 59-63.
38. Feldman GB, Freiman JA. Prophylactic cesarean section at term?.

- New Engl J Med* 1985; 312 (19): 891-893.
39. Rock SM. Malpractice premiums and primary cesarean section in New York and Illinois. *PublicHealth Rep.* 1988; 103: 459-463.
40. Wright CH, Gardin TH, Wright CL. Obstetric care in a health maintenance organization and a private fee-for-service practice: a comparative analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149: 848-856.
41. Wilner S, Schoenbaum SC, Monson RR, Winickoff RN. A comparison of the quality of maternity care between a health maintenance organization and fee for service practices. *N Engl J Med* 1981; 304: 784-787.
42. Pauly MV, Hillman AL, Kerstein J. Managing physician incentives in managed care. *Med Care* 1990; 28:1013-1024.
43. Tussing AD, Wojtowycz MA. The cesarean decision in New York State, 1986. *Med Care* 1992; 30(6): 529-540.
44. Fraser W, Usher RH, Mclean FH, et al. Temporal variation in rates of cesarean section for dystocia: does "convenience" play a role? *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 300-304.
45. McCullough LB. The physician's virtues and legitimate self-interest in the patient-physician contract. *Mt Sinai J Med* 1993; 60(1): 11-14.
46. Garrido J, Montoya D, Lopez J, Hidalgo G, Guñez R. Responsabilidad Médico Legal: Análisis de querellas 1991-1998 *Rev Chil Obstet Ginec* 2000 65(1), 38-45.
47. Socol ML, García PM, Peaceman AM, Dooley SL. Reducing cesarean section births at a primarily private university hospital. *Am J Obstet Gynecol.* 1993; 168: 1748-1758.
48. Myers SA, Gleicher NA. A successful program to lower cesarean- section rates. *N Engl J Med* 1988; 319: 1511-1516.
49. Stafford R. Alternative strategies for controlling rising cesarean section rates. *JAMA* 1990; vol 263 (5): 683-687.
50. Healy DL, Laufe L. Survey of obstetric forceps training in North America in 1981. *Am J obstet Gynecol* 1985; 151 (1): 54-8.

RELACION MADRE-HIJO INICIAL: APEGO ¿FICCION O REALIDAD?

*Dr. Fernando Pinto Laso
Neuropsiquiatría Infantil
Hospital Clínico San Borja Arriarán*

El tema del apego ha cobrado importancia en las últimas dos décadas, tanto a nivel mundial como nacional. Ello es debido a que un "buen apego" se relaciona con mayor duración y mejor calidad de la lactancia natural, favoreciendo los lazos afectivos en la relación madre-hijo inicial, lo que estimula un mejor desarrollo psicomotor.

Existe abundante bibliografía que apoya lo anterior y lo relaciona, inclusive, con algunas patologías de la infancia, como por ejemplo el maltrato infantil. Se ha observado que un porcentaje de los niños maltratados presenta el antecedente de "mal apego" inicial, generalmente asociado a prematuridad o patología perinatal. El niño vulnerable, que enferma con frecuencia y el mal progreso ponderoestatural también han sido relacionados a deficiencia en el apego.

El apego o "IMPRINTING", como se menciona en inglés, es detectado científicamente por psicólogos experimentales, hace más de cuatro décadas. Ellos observaron que cuando se apartaba al cordero recién nacido, inmediatamente después del alumbramiento, de su madre por algunas horas, ésta no lo reconocía como hijo propio, cuando le era devuelto. Más aún, se negaba a amamantarlo y hasta le podía agredir. Pero si no se interferían las primeras seis horas de vida del corderito junto a su madre y luego se les separaba, cuando el corderito era devuelto su madre lo acogía y amamantaba.

Algo muy importante, en relación al apego, ocurría en las primeras horas de vida de un corderito junto a su madre, que determinaba las conductas posteriores. Estas horas iniciales fueron denominadas "período sensitivo". El período sensitivo fue ratificado en todos los mamíferos estudiados. Dicho período, también tiene raíces en nuestra sabiduría y cultura popular. Es reconocido el hecho de que en nuestros campos no se "molesta" durante el período sensitivo a los animales domésticos y ganado.

A finales de la década, de los sesenta, los doctores M. Klaus. J Kennel, en Cleveland, Ohio, se preocuparon del tema y se preguntaron cómo se producía el apego y cuál era el periodo sensitivo en el ser humano. Para ello estudiaron, en primer lugar los

eventos importantes en la formación de una futura madre, separándolos en el tiempo en tres periodos:

1. Antes del embarazo. Planificación del embarazo.
2. Durante la gestación: Confirmación del embarazo, aceptación del mismo, movimientos fetales y aceptación del feto como individuo.
3. Después del parto: Nacimiento, reconocer al hijo, tocar al recién nacido y cuidar al bebé

Según diferentes trabajos, todos estos eventos tenían algún grado de importancia con el futuro apego. Por ejemplo una mujer con pareja estable, embarazo y parto normal, tenía mejores perspectivas de apego que otra sin pareja estable y embarazo y parto con problemas. No obstante, no se obtenía respuesta clara en relación al período sensitivo, que estaba muy interferido por la tecnología y prácticas médicas en los hospitales norteamericanos.

Evaluaron diversas sociedades indígenas en América, África y Australia en cuanto al ritual del parto y periodo posterior, según distintos reportes sociológicos. Todos los grupos étnicos tenían algo en común: El parto era un evento privado donde se protegía la intimidad de la madre con su recién nacido, en las primeras horas de vida.

Con estos antecedentes, en 1974, Klaus, Kennel, Nater, Sosa y Urrutia comenzaron un estudio prospectivo en dos hospitales pequeños de la ciudad de Guatemala ("experiencia de Guatemala").

En un grupo, se les permitía a las madres permanecer en último contacto ("piel con piel") con su recién nacido durante 45 minutos y luego se continuaba con la rutina habitual y a las 24 horas se iniciaba la lactancia natural. Al segundo grupo se les retiraba el recién nacido inmediatamente después del parto, sin contacto inicial, y continuaba la misma rutina del primer grupo. Ambos grupos eran idénticos y comparables, salvo en el hecho de que el primero tenía un contacto íntimo con su hijo durante 45 minutos.

A los seis meses de vida los lactantes del primer grupo pesaban en promedio 761 gramos más y la mayoría conservaba la lactancia natural. Al año se apreció en ellos un significativo mejor desarrollo psicomotor. En el segundo grupo hubo mayor número de infecciones durante el primer año de vida.

Estos hallazgos fueron suficientes para sospechar que efectivamente existía un "periodo sensitivo en el ser humano".

Durante este período sensitivo se desarrolla un apego progresivo que se explica por las interacciones recíprocas entre la madre y su hijo en los primeros momentos de relación.

El recién nacido viene preparado para esta interacción. Normalmente los recién nacidos duermen la mayor parte del tiempo, en los primeros días de vida, con escasos momentos de alerta. Pero al nacer, al cabo de 3 a 5 minutos, comienzan un estado de alerta, de alrededor de 40 a 60 minutos, que es el más largo del primer mes de vida. Es en esta alerta, donde el recién nacido está genéticamente preparado para esta interacción. Si la práctica hospitalaria retira al bebé de su madre en este preciso período, priva a ambos de esta maravillosa interacción.

Durante esta interacción ocurren muchos fenómenos interesantes: La madre toca al R.N. y lo mira "ojo a ojo". El niño responde concentrando la mirada en su madre. La madre le habla suavemente con voz de tonalidad alta. El RN responde con algunos movimientos tenues de cara y manos y luego llora. El llanto erecta los pezones maternos y estimula a las hormonas prolactina y ocitocina. Se produce una sincronía entre el lenguaje materno, cadencioso y los movimientos del niño. La madre lleva al RN al pezón y éste lo frota hasta que emerge la primera gota de calostro, plena de linfocitos T y B y macrófagos, que entrega al niño la clave de los anticuerpos para defenderse de la flora bacteriana de la piel materna.

Ambos reconocen sus olores y la madre le entrega su calor, que le permite termorregular. Esta interacción recíproca va reforzando las conductas de la madre y su hijo y es así como se genera el apego que se va incrementando día a día.

Esta maravilla de la creación explica la sobrevivencia del hombre a lo largo de la historia de la humanidad, pese a los períodos glaciales, guerras y desastres de la naturaleza y nos permite estar leyendo este modesto artículo.

Referencias Bibliográficas

1. Klaus Marshall, Kennell John "Maternal - infant bonding. The C.V. Mosby Company, Saint Louis 1976.
2. Burnett C.R., Leiderman P.H.: "Neonatal separation: the maternal side of interaccional deprivation, Pediatrics 45: 197 - 205, 1970.
3. Brazelton T.B.: "Psychophysiologic reaction in the neonate and his behavior". J. Pediatr. 58: 513 - 518, 1961.
4. Klaus M.H., Kennell J.H., Plumb N. et al: "Human maternal behavior at first contact with her young". Pediatrics 46: 187 - 192, 1970.
5. Klaus M., Kennell J., Klaus Ph.:

- "Bonding" Addison-Wesley Publishing Company, Inc. 1996.*
6. M.H.Klaus, J.H. Kennel and Ph Klaus *"Mothering the mother". Addison-Wesley/Lawrence 1993.*
 7. M.H. Klewsard Ph. Klaus *"The amazing Newborn" Addison-Wesley/Lawrence 1985.*
 8. L. Royhard and M.O. Blade *"Effect of Delivery Routines on Success of First Breast feed" Lancet 336; 1105-7, 1990.*
 9. Villalón H. y cols. *"Contacto precoz piel a piel: efecto sobre los parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos de término sanos. Rev. Chil. Pediatr. 63 (3): 140-144, 1992.*

PROMOCION DEL PROCESO DE VINCULACION EN DIADAS MADRE BEBE SANAS Y DIADAS MADRE BEBE CON PATOLOGIA

Dra. M. Kimelman, Dr. G. Hernández, AS O. Montino y col.

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Programa de Salud Mental Perinatal Campus Sur Facultad de Medicina - Universidad de Chile

PROCESO DE VINCULACIÓN Y SALUD MENTAL

Evidencias clínicas bien documentadas que muestran que vínculos seguros se correlacionan con niños y adultos sanos y vínculos ansiosos o desorganizados se correlacionan con trastornos del desarrollo, maltrato y negligencias hacia los niños y psicopatología ulterior nos interpelan como expertos en ciencias del comportamiento a cautelar el proceso de vinculación prestando especial atención a los eventos perinatales que contribuirán a orientarlo.

Mientras la necesidad de vinculación por parte de la cría y las conductas de maternaje están genéticamente programada para asegurar la sobrevivencia de la especie, la calidad del proceso de vinculación es modulada por variables psicológicas y medioambientales sobre las que es posible intervenir.

Las conductas de vinculación de mamíferos radican en la familia de genes Fos B que son genes tempranos (IEG) que proveen la base molecular de las conductas de adaptación. Los conceptos de neuroplasticidad y la poda neuronal, apoptosis, explican satisfactoriamente la posibilidad que estímulos psicosociales influyan en diversas expresiones génicas, normales y patológicas que se internalizarán como circuitos neuronales.

Las conductas de vinculación requieren determinadas condiciones de activación y facilitación para su expresión las que se elicitán óptimamente en la sensibilidad del período perinatal. Las conductas de vinculación emergen plenamente durante el contacto sensorial recíproco entre madre y recién nacido. Klaus y Kennel mostraron que, al igual que en aves y otros mamíferos, en los minutos que siguen al nacimiento se logra la mejor activación de las conductas de maternaje en humanos a través del contacto piel a piel previo al alumbramiento; la separación neonatal, al contrario, se correlaciona significativamente con trastornos de la vinculación.

La necesidad del recién nacido de vincularse a "sus padres" se articula con la necesidad afectiva de los padres de conocer el bebé real y ser confirmados en su

identidad generadora. El bebé dispone desde el nacimiento de competencias sensoriales e interactivas para vincularse y promover conductas de maternaje, así, los primeros 40 minutos de vida el recién nacido permanece en vigilia calma ávido sensorialmente buscando ser acogido en el ambiente extrauterino que le permitirá seguir desarrollándose. La puerpera se halla especialmente predispuesta para desplegar las conductas de maternaje adecuadas tales como entregar cuidados físicos y afecto las que se eliciten en la medida que se posibilita el contacto con el bebé y tienen mayor probabilidad de efectividad en la medida que se les brinde apoyo emocional personalizado y formativo.

La perinatalidad confiere a ambos protagonistas del proceso de vinculación una sensibilidad peculiar en que se activan las bases moleculares de las conductas adaptativas para inscribirse en el circuito neuronal.

La perinatalidad constituye una transición de estado para la madre y el bebé que culmina con un cambio de estado fisiológico, psicológico y de rol social en el punto crítico del nacimiento. La mujer pasa de gestante a madre, el bebé de vida intrauterina a vida extrauterina, de bebé imaginario a bebé real, el hombre de progenitor a padre.

El cambio de estado permeabiliza los límites entre lo intrapsíquico y lo ambiental y aumenta la interactividad entre los procesos biológicos, psicológicos y sociales de tal manera que los estímulos del medioambiente que envuelve a la diada se inscriben en el proceso de vinculación dejando huellas indelebles. La perinatalidad abre una ventana a los procesos psíquicos transgeneracionales, moviliza barreras psicológicas y facilita la emergencia de conflictos de identificación con figuras parentales. La mujer se transforma en una fina receptora de los estímulos provenientes del entorno y las situaciones por la que pasa pueden transformarse en vivencias de múltiples significaciones, traumáticas si el modo de conducirse con ella es descuidado o indiferente o reestructuradora si programamos un conjunto de acciones delicadas y específicas para acogerla a ella y a su bebé.

El nacimiento es un período clave en la orientación sana o patológica del proceso de vinculación madre-bebé.

El proceso de vinculación está conformado por las conductas de maternaje y las conductas de vinculación del bebé que son observables en simultaneidad como elementos interactivos de un sistema diádico. Este sistema diádico madre- bebé que es altamente empático y que permite compartir estados afectivos es regulado emocionalmente. Las interacciones diádicas típicas van de estados sintonizados a desintonizados. Un estado desintonizado es un error de la comunicación normal y se produce cuando uno de los protagonistas, por ej. la madre durante los primeras

días no evalúa correctamente el sentido de la expresión emocional del bebé y requiere una reparación interactiva.

Las interacciones repetitivas van configurando la experiencia subjetiva de la relación interpersonal del bebé y la representación cerebral correspondiente de dicha experiencia.

Desde la sintonía que alcancen las conductas de uno y otro, se irá modelando el yo del bebé como un emergente que, descubriendo experiencias afectivas compartidas irá desarrollando una personalidad sana.

La experiencia de no compartir subjetividades distorsiona profundamente el desarrollo del bebé que motivado por su necesidad de vincularse despliega los diversos mecanismos alcance evolutivo para "entrar en sintonía con una figura de vinculación". Si fracasa, su desarrollo se interrumpe y su vida se ve amenazada tal como ocurre en la carencia afectiva.

Condiciones como disponibilidad y disposición física y psíquica de la madre para el bebé, conductas de los profesionales que los asisten durante el proceso de nacimiento y normas de la institución maternidad proveerán el conjunto de experiencias vivenciales que contribuirán a modelar mejores (o peores) procesos de vinculación.

Que la necesidad ontogénica de vinculación se satisfaga oportunamente y adecuadamente y que la calidad del proceso de vinculación perinatal sea cautelado institucionalmente depende que el profesional de salud perinatal disponga e incorpore la información pertinente, acepte en su escenario de trabajo programas específicos de actividades favorecedoras de reconocimiento mutuo de la diada madre bebé y su actitud sea tal que entienda la asistencia profesional al nacimiento como una oportunidad para contribuir a la formación de vínculos seguros.

PROPUESTA PARA LA PROMOCION INSTITUCIONAL DE VINCULOS SEGUROS

Entrenar a los profesionales de salud en el desarrollo de actitudes y emisión de conductas que contribuya a la formación de vínculos seguros, es realizable a través de la transferencia de información y técnicas de las ciencias del comportamiento que hagan posible la integración de la dimensión psicosocial en la atención del embarazo, parto y puerperio y conceptualizados desde una perspectiva de sistemas, pongan en marcha los siguientes principios y actividades:

Principios Básicos

Personalización del bebé

Personalización de la madre

Detección de diadas de alto riesgo relacional

Personalización del bebé: el reconocimiento del bebé en tanto persona con sus propias características físicas, sus capacidades sensoriales su competencia interactiva es imprescindible para aceptar y promover la individualidad del bebé como sujeto en oposición a organismo biológico sin capacidad relacional, objeto aun inanimado para la madre, u objeto de reparación afectiva. En la medida que los profesionales se relacionen con el bebé en tanto sujeto, eliciten sus capacidades sensoriales e interactivas la madre estará mas proclive a imitar ese modelo relacional y considerar al bebé como persona en una relación que respete su individualidad, darle un nombre al bebé nos parece de primer orden especialmente si hay separación neonatal por prematuridad u otra patología.

Personalización de la madre en oposición a objeto reproductivo: la medicalización del parto y la organización de la maternidad que subrayan la especialización inciden en una fragmentación del paciente como objeto de atención, la discontinuidad de los equipos de atención dificulta la relación interpersonal, el apoyo emocional y desdibuja a la persona. La madre, en este período transicional requiere la confirmación de su identidad como mujer y madre. En madres con carencias múltiples, baja autoestima, antecedentes de violencia familiar y a menudo en conflicto con el equipo de salud este principio cobra toda su validez. El reconocimiento como personas la dignifica, su valorización como persona y madre ayuda a redefinir su imagen y su rol maternal positivamente abriendo la posibilidad de interacciones armónicas tanto entre el equipo de salud y la madre como entre la madre y su bebé dando las bases para un apego seguro.

Detección de diadas de alto riesgo relacional: con el fin de diagnosticar riesgo relacional durante la estadía de la diada madre-recién nacido en maternidades Kimelman y colaboradores construimos una pauta de medición de riesgo relacional madre-recién nacido. Sus items dan cuenta de la articulación de las conductas de maternaje y las conductas primarias de vinculación del bebé registradas en los siguientes indicadores: ocurrencia y calidad de diálogo visual, diálogo tónico-postural y diálogo sonoro; observación del grado de dificultad de las siguientes interacciones de la madre con el bebé: alimentar, vestir y calmar, tipificación de la conducta materna frente al llanto; grado de aceptación del sexo, apariencia y comportamiento del bebé, tonalidad afectiva que el bebé elicitaba en la madre y sintonía de las interacciones.

Aplicada a 103 diadas elegidas aleatoriamente, el instrumento alcanzó un grado de concordancia interevaluador de 94,3% y un índice de consistencia interna igual a un Alfa de Crombach de 0,88.

La detección de diadas de alto riesgo relacional posibilita intervenciones oportunas de gran impacto preventivo para trastornos de la vinculación de expresión tan variada como trastornos del desarrollo, psicossomáticos y maltrato.

Actividades

- a. efectuar psicoprofilaxis al 100% de las embarazadas
- b. evaluar la interacción materno fetal
- c. posibilitar apoyo emocional continuo durante el trabajo de parto
- d. aplicar las técnicas de entrenamiento psicoprofiláctico al 100% de las parturientas en parto usando relajación e imaginación para que reconozcan la progresión del trabajo de parto y participen en ello
- e. apoyar y guiar la participación del padre en el parto
- f. facilitar el contacto piel a piel madre recién- nacido, antes del alumbramiento, en todos los nacimientos con hijo sano
- g. incentivación de diálogos sensoriales armónicos: vocal, visual y cenestésico-vestibular en el 100% de las diadas a partir del puerperio inmediato
- h. incentivación de posturas de lactancia que faciliten interacciones afectivas madres recién nacido en el 100% de las diadas
- i. valorizar y gratificar al 100% de las madres a través de la demostración de las competencias sensoriales de su bebé
- j. reforzar la adquisición de competencias interactivas parentales
- k. entrenamiento al 100% de las madres al reconocimiento de las necesidades, afectivas, cognitivas y físicas del bebé
- l. reconocimiento de los llanto del bebé y entrenamiento para calmarlo

FOMENTO DEL VINCULO SEGURO EN DIADAS MADRE-BEBE CON PATOLOGIA

Las situaciones clínicas tales como prematuridad, malformación y muerte en período perinatal constituyen un riesgo para el proceso de vinculación actual y ulterior. Tienen como denominador común los protagonistas y el proceso psicológico involucrado. Ilustraremos estos conceptos con la situación clínica prematuridad. La prematuridad como situación clínica institucionalizada tiene 3 protagonistas: el bebé, los padres y el equipo de salud; los padres y el equipo de salud son protagonistas del drama centrado en el recién nacido y moduladores del desarrollo del niño a través de las interacciones recíprocas que establecen. El tema del guión de este drama es el duelo y los mecanismos psicológicos implicados para su elaboración normal o patológica. Duelo de un recién nacido de término, duelo de una capacidad de gestación normal para la familia; duelo de los sentimientos de omnipotencia profesional que gravitan en los equipos de UCI perinatal frente a la amenaza de muerte siempre presente y duelo al alta de bebés que ellos maternaron.

Un programa que pretenda fomentar un buen proceso de vinculación padres-bebé prematuro debe considerar:

1. Reacciones psicológicas de duelo parentales frente a la pérdida del bebé de término.

2. Características del bebé prematuro
3. Interacción equipo de salud-bebé-padres.
4. Prácticas de la maternidad que favorecen o entorpecen el proceso de vinculación.

Mientras los 3 primeros aspectos son universales el último aspecto es específico al contexto nacional, regional y local.

Actividades

- a. facilitar y acoger la expresión emocional de padres de prematuros
- b. información veraz del estado del bebé
- c. facilitar el descubrimiento progresivo del bebé prematuro como en ser activo sensorialmente, capaz de sentir y reconocer
- d. estimular el diálogo afectivo y corporal (procedimiento canguro)
- e. integrar a la madre en el cuidado del bebé
- f. estimular las visitas del padre
- g. estimular el apoyo de una red familiar y social muy especialmente en las multíparas

CONCLUSIÓN

Si la atención profesionalizada del nacimiento abarca prácticamente al 100% de la población, entonces las maternidades pasan a ser espacios cruciales de la geografía humana y en ese espacio y período podría promoverse el manejo no azaroso de las variables psicosociales y ambientales incorporando, metódica y armónicamente al funcionamiento institucional actual, programas tendientes a fomentar procesos de vinculación que culminen en vínculos de tipo seguro disminuyendo riesgos originados en vulnerabilidades psicológicas y sociales, que en coexistencia con las biológicas, amenazan también a madres y bebés.

LACTANCIA AFECTIVA

*Dr. Hugo Muñoz Cáceres
Pediátra-neonatólogo, Unidad de Lactancia, Depto. de Obstetricia y Ginecología
Hospital Clínico, Universidad de Chile*

I. INTRODUCCIÓN:

La aparición de la lactancia en los mamíferos, probablemente antecede a la función placentaria iniciándose hace aproximadamente 200 millones de años. La clase de los mamíferos incluye alrededor de 19 órdenes extinguidas y 19 órdenes vivientes, estas últimas constan de 4.060 especies, de las cuales 100 están amenazadas de extinción. Los mamíferos se encuentran repartidos por todos los continentes, lo que indica claramente la alta capacidad adaptativa que poseen estas especies

La especie humana es la única que posee un período de gestación largo y un recién nacido inmaduro, incapaz de moverse sin ayuda y completamente dependiente de la madre. El recién nacido es incapaz de alcanzar el pecho materno sin ayuda, en contraste con los otros mamíferos que son capaces de hacerlo.

Desde la aparición de los primeros homínidos hace 2 millones de años, sus crías han sido alimentadas exclusivamente por leche materna después del nacimiento durante un tiempo prolongado y que se interrumpía solamente con la muerte de la madre o del niño o por el nacimiento de otro hijo, este modelo de alimentación se perpetuó hasta hace dos generaciones.

Durante este extenso período de tiempo, parece razonable suponer que la selección natural ocurrió para asegurar que la lactancia satisficiera las necesidades metabólicas y afectivas de los lactantes y promoviera la sobrevivencia de la especie. Esto puede observarse en los modelos de lactancia de las sociedades más tradicionales, no sólo en la composición de la leche, sino también los intercambios psicológicos y endocrinos entre la madre y el niño, su relación con el espaciamiento de los hijos y la prevención de las infecciones. El ser humano no ha valorado la importancia que la lactancia adaptativa -desarrollada en el curso de los primeros milenios de la evolución de la especie humana- tiene en las actuales sociedades modernas urbanizadas y tecnificadas.

II. CONCEPTO DE NEOTENIA

Se entiende por neotenia la prolongación de las características fetales (larvales) hasta la madurez sexual del individuo. Se piensa que el ser humano es un animal neoténico

porque mantiene las características fetales durante la adultez y se relacionan con la posición del eje de la cabeza y la columna para alcanzar la posición bípeda. La piel lampiña constituye otra prolongación de una característica fetal. Observaciones posteriores han demostrado que esta prolongación del período fetal no sólo es anatómica sino también funcional reflejada en la prolongada dependencia del niño.

III. HIPÓTESIS DE BOSTOCK. CONCEPTO DE GESTACION EXTERNA Y FETO EXTRAUTERINO EN LA ESPECIE HUMANA

Se puede comprender mejor la inmadurez en la especie humana mediante la hipótesis de John Bostock, psicólogo médico de la Universidad de Queensland, Australia (el continente de los fósiles vivientes). Bostock al observar la madurez neurológica de las diferentes clases de mamíferos, hace notar que el neonato de la especie humana se encuentra con un desarrollo neurológico mas inmaduro comparados con las otras especies mamíferas superiores, así propone en 1962 en la revista Lancet bajo el título de "Evolutionary approaches to infant care" que el período de gestación en los Homo Sapiens debiera durar 18 meses, pues sólo a los 9 meses de vida extrauterina los fetos humanos alcanzarían el desarrollo neurológico equivalente a los mamíferos superiores terrestres, caracterizado por la capacidad de movilizarse en las cuatro extremidades.

El parto en la especie humana ocurre a los nueve meses para permitir que la cabeza pueda atravesar el canal del parto y no porque esté completo el desarrollo neurológico fetal. El término de la gestación intrauterina se produce cuando se alcanza un límite de tamaño del cerebro y cabeza, compatible con el nacimiento y con la maduración suficiente de algunas funciones vitales (respiratoria digestiva).

El lactante humano debiera ser considerado como un "feto en gestación externa" durante 9 meses después del nacimiento al igual que los marsupiales, hasta el momento que el lactante alcanza la posición cuadrúpeda similar a los mamíferos superiores. Durante este período, el feto depende completamente de su madre cuya función es imitar las condiciones de vida intrauterina, para ello requiere entregar protección (física e inmunológica). Contacto estrecho y calor, (estimulación de vías nerviosas) y nutrición específica a través de la secreción láctea proveniente de las glándulas mamarias, las cuales cumplen el papel de placenta y cordón umbilical externo.

Desde el punto de vista evolutivo, el momento del parto en la especie humana se encuentra más cerca del modelo de los mamíferos marsupiales cuya similitud está dada por la inmadurez biológica de la cría al nacer en ambas especies, pero sin duda el ser humano logró mayor tiempo de gestación gracias a la aparición de la función placentaria.

IV. FUNCIONES DE LA LACTANCIA NATURAL

a) Lactancia Nutritiva

La composición de la leche y la duración de la lactancia en las diferentes especies parece haber sido modificada y adaptada a las necesidades particulares de cada neonato.

En términos generales, el contenido proteico de las leches varían con el grado de desarrollo de las crías, se ha medido mediante la regla de Bunge (Tiempo que se tarda en duplicar el peso de nacimiento). p.ej.: El caballo con 2% de proteínas duplica el peso al nacer en 60 días, mientras que el conejo con 10% duplica su peso en 6 días. Situación inversa puede observarse con el contenido proteico, duración de la gestación y longevidad. p.ej.: El ser humano tiene 1% de proteínas en la leche, gestación de 280 días y longevidad de 70 años, en cambio el conejo con 10% tiene una gestación de 28 días y longevidad de 5 a 7 años.

En algunas especies, las leches diluidas con poca concentración de proteínas se asocian con el modelo de alimentación frecuente -especies de contacto continuo- así la especie humana tiene leche con mas baja concentración de solutos y proteínas de todas las especies, en contraste con animales que poseen leches con altas concentraciones de solutos y proteínas y que amamantan en forma infrecuente a sus crías. p.ej.: el conejo, con 10% de proteínas en su leche alimenta a sus crías una vez al día y el ratón con leche pobre en solutos amamanta el 80% del día, podríamos suponer, desde esta perspectiva que los neonatos humanos pertenecen a una especie que requiere alimentación frecuente y prolongada y contacto continuo con el objeto de satisfacer las necesidades afectivas y de desarrollo óptimo del Sistema Nervioso Central.

Gran parte de la investigación bioquímica moderna está centrada a determinar el papel que juegan una serie de componentes de la leche en el desarrollo del Sistema Nervioso Central, así p. ej: la taurina, que es un aminoácido esencial que se encuentra principalmente en la leche humana y cuya deficiencia determina secuelas sensoriales en el animal de experimentación, semejante papel puede jugar el ácido araquidónico que se concentra en el S.N.C. Por otra parte, algún rol importante juega el alto contenido de lactosa, colesterol o vitamina E en la leche humana. La inquietud para determinar el cociente intelectual de los niños de acuerdo al tipo de alimentación que recibieron quedó demostrada por Lucas al detectar que los niños alimentados en forma natural poseían un cociente intelectual significativamente más alto que los niños alimentados artificialmente.

Si aceptamos que la leche materna avala las características anatómicas y fisiológicas de las diferentes especies, es válido pensar que la característica esencial de los

Homo Sapiens está basada en el grado de desarrollo alcanzado por su Sistema Nervioso Central, de manera que la respuesta a la interrogante está en las características bioquímicas de la leche como elemento adaptativo, que aseguró el desarrollo de nuestras habilidades neurológicas e intelectuales que nos permitieron sobrevivir.

b) Lactancia Protectora e inmunológica

La lactancia materna constituye la "primera inmunización que recibe el niño" protegiéndolo contra enfermedades respiratorias (infecciones óticas, neumonía, bronquitis, influenza), digestivas (gastroenteritis) y otras (Infecciones del tracto urinario) a través de la entrega de anticuerpos, moléculas específicas y células que participan en los mecanismos de defensa.

Anticuerpos: Las Inmunoglobulinas tienen cinco formas: IgG, IgA, IgM, IgD e IgE, todas ellas se encuentran en la leche humana pero la más abundante es la IgA secretora.

Moléculas específicas: Oligosacáridos, mucinas, lactoferrina, factor bífido, ácidos grasos libres, Interferón, Fibronectina.

Células: Glóbulos blancos o leucocitos, Macrófagos. Linfocitos B y T

c) Lactancia afectiva

Aspectos evolutivos y etológicos

Según lo expuesto, el ser humano es neoténico e inmaduro en el momento del nacimiento, la función de la madre después del nacimiento es imitar las condiciones de vida intrauterina (Hipótesis de Bostock), para ello era necesario constituir la pareja humana con el objeto de avalar el crecimiento, desarrollo y la supervivencia del nuevo ser.

La génesis de una pareja estable y fiel que cumpliera estas funciones se dio en el marco de generar el placer sexual en la hembra para hacer más "entretenida la convivencia" con el estímulo de los mediadores endocrinos que facilitarían la atracción y la fidelidad (ocitocina, endorfinas, feromonas, etc).

Junto a este fenómeno, la hembra necesitó interpretar el lenguaje del amor en los machos, seleccionando a aquellos que tenían el rostro más descubierto, es decir, la piel más desnuda. De esta forma la piel pasa a constituir un medio importante en las comunicaciones afectivas entre los seres humanos, incluso más importante que sus propiedades en la termorregulación o protectora ante traumatismos. La maduración de vías nerviosas está fuertemente relacionada con las formas de crianzas.

En este entorno, el lactante tenía asegurado su nutrición y la protección de una pareja estable que le ofreciera calor, protección y probablemente constituye las raíces biológicas de la formación de la familia

Aspectos antropológicos

La investigación moderna ha demostrado que el desarrollo de la inteligencia del niño requiere de un medio que predomine el amor, el cariño, el cuidado, la entrega, la protección, etc. condicionada por el comportamiento de la mujer y fuertemente influenciada por las hormonas femeninas. Este entorno ha sido entendido como la "cultura matrística" o "cultura de la matriz abierta", porque se consideraba que el hogar constituía la prolongación de la función de la matriz en la gestación.

El entorno de las formas de protección está en directa relación con la maduración de vías nerviosas del Sistema Nervioso Central en el animal de experimentación. Los ambientes agresivos hacen madurar de manera diferente a la cría en comparación con los ambientes amistosos.

De esta manera, el niño crecía en un medio de protección y se preparaba para el ambiente fuera de la casa, donde predominaba "cultura patriarcal" (competitividad). La pareja humana estable desde el punto de vista biológico garantiza el óptimo crecimiento y desarrollo neurológico del niño preparándolo con su sobrevivencia para la adultez.

Aspectos neuroendocrinos

Las endorfinas

Constituyen los opiáceos naturales, se distinguen tres formas: alfa, beta y gamma endorfinas, producen analgesia y bienestar en el ser humano, su secreción se relaciona con aquellos estímulos que han sido vitales para la supervivencia de la especie. (Meczekalski-B.1995)

- a) El ejercicio cuya expresión máxima se daba en la cacería en nuestros antepasados, constituye un fuerte estímulo a la secreción de endorfinas. (Virus.1995)
- b) La relación sexual necesaria para la supervivencia de la especie, se encuentra gratificada por la presencia de los opiáceos naturales. (Nicolini.1995)
- c) La Lactancia, la secreción de endorfinas en la madre produce dependencia a estos opiáceos constituyendo un potente estímulo hacia la prolongación de la lactancia. Por otra parte, se ha descubierto el papel de la beta-caseína de la leche materna, la cual se transforma en beta-casomorfina (de la familia de las endorfinas) en el intestino del niño contribuyendo a crear la dependencia madre e hijo. (Kalin.1995) (Teschemacher.1997)
- d) La caricia o contacto piel - piel. Constituye un mecanismo liberador de endorfinas. Este descubrimiento permite explicar el uso de la caricia como el único mecanismo

de analgesia durante el trabajo de parto que se utilizó durante su historia.(Gray.2000)

Instintivamente la madre siempre utilizó la caricia para calmar, actualmente en los servicios de neonatología se utiliza en forma terapéutica, para disminuir el uso de analgésicos en R.N. operados y como estímulo a la maduración de vías nerviosas en prematuros hospitalizados. También se ha observado secreción de endorfinas en el niño con el consumo de bebidas que contienen sacarosa.(Blass.1995)

Oxitocina

Es un péptido secretado por la neurohipofisis, exclusivo de los mamíferos superiores, en cambio los marsupiales secretan exclusivamente la mesotocina, de igual función, siendo un precursor anterior desde el punto de vista evolutivo (Bathgate.1995), además se encuentra en otras especies vertebradas y en especies no mamíferas como peces, aves y anfibios (Akhundova.1996)

La oxitocina proviene de las neuronas parvocelulares del núcleo paraventricular del hipotálamo alcanzando la neurohipófisis a través de los axones (Uvnas-Moberg.1997) Posee una estructura bioquímica parecida a la vasopresina diferenciándose sólo en un aminoácido.

Se ha observado que en el hipotálamo, el área medial preóptica, núcleo supraóptico, los núcleos paraventriculares magnocelular y parvocelular más el tegumento mesencefálico lateral están involucrados en la conducta materna, parto y lactancia en las ratas. Las neuronas de estas formaciones son activadas por dos proteínas génicas "Fos B" y "Fos" principalmente durante el puerperio inmediato y lactancia. Dicha activación está relacionada con la secreción de oxitocina y vasopresina en algunos núcleos hipotalámicos. Se ha demostrado que el retiro de las crías de su madre después del parto elimina la expresión Fos B. (Lin.1998)

Receptores

La acción local se produce mediante receptores de oxitocina que están acoplados a proteínas Gq/11. (Zingg.1996).

Funciones

La oxitocina posee diferentes funciones:

- a) Contracciones del miometro
- b) Producción de prostaglandina endometrial F2 alfa
- c) Eyección de leche en la glándula mamaria
- d) Natriuresis renal
- e) Conductas específicas sexuales, maternas y de relación de pareja.

La oxitocina y las conductas

Su secreción depende de estímulo somatosensoriales (Pedersen.1995). Se ha observado secreción durante el orgasmo y ante estímulos de relajación (Turner.1999) Tiene propiedades ansiolíticas facilitando el encuentro social (Mc Arthy.1995)

Los hallazgos en experiencias en animales

- a) Inyectado centralmente induce una determinada conducta materna en las ovejas. La descarga de oxitocina ocurre en el bulbo olfatorio en el momento del parto y participa en el apego activo con las crías, participando en el reconocimiento a través del olor modulando la secreción de noradrenalina, acetil-colina, y ácido gamma amino butírico. (Levy.1995)
- b) La estimulación vaginocervical en las ratas induce conductas sexuales y maternas por estimulación de respuestas neuroendocrinas participando la oxitocina, prolactina y hormona luteinizante. (Luckman.1995)
- c) Existen diferencias en la expresión de los géneros: Los machos presentan una mayor expresión en el hipotálamo ventromedial de los genes receptores de oxitocina (Bale.1995)
- d) Participa en la conducta monogámica en el animal de experimentación (Insel.1995-1997-1998)
- e) Mediante experimentación transgénica al producir delección del gen de la oxitocina se producen exclusivamente alteraciones de la conducta social y disminución de la eyección de leche. Al aumentar los receptores de oxitocina cerebral, esta se expresa en conductas sociales y monogamia (Young.1997)
- f) Las especies mamíferas tienen receptores cerebrales específicos para oxitocina, los receptores difieren en las diferentes especies y dependen también de los esteroides gonadales, es decir, existen diferencias en la expresión de los géneros.(Insel.1993)
- g) La oxitocina y la vasopresina presentan respuestas específicas bajo stress. (Jezova.1995)
- h) Cartes (1998) explica la influencia de la vasopresina y la oxitocina en la vinculación social como componente del amor en experiencia con el modelo roedor, las conductas sociales positivas incluyendo los vínculos pueden reducir la actividad del eje hipotálamo - hipofisiario - adrenal, mientras que las conductas negativas tienen efecto contrario, la oxitocina es capaz de aumentar las conductas positivas y junto con la interacción social reducen la actividad de dicho eje.
- i) La oxitocina produce ganancia de peso y curación mas rápida de las heridas y probablemente vía oxitocina tienen éxito algunas terapias tales como la hipnosis y meditación. (Uvnas-Moberg. 1998)

Las evidencias en Humanos

- a) Los péptidos vasopresina y oxitocina intervienen en la conducta humana, pues

además del papel de hormonas son neurotransmisores. La vasopresina aumenta la excitabilidad, atención, vigilancia, conducta agresiva, conducta lucha - huida y funciones simpáticas. La oxitocina interviene en las conductas sociales positivas, la formación de parejas, apego e interacción madre e hijo, contacto social y interacción social selectiva. También es regulador importante en la alimentación, atracción y respuesta al stress. Ambas no atraviesan la barrera hemato-encefálica, tienen que ser administradas centralmente para evidenciar estas funciones. (Cartes.1997)

- b) Estudios morfológicos y electrofisiológicos han demostrado una estrecha correlación anatómica de los receptores y respuesta neuronal a la vasopresina y oxitocina. Estos compuestos afectan la excitabilidad de la membrana celular (abriendo canales catiónicos no específicos) de las neuronas ubicadas en el hipocampo, septum lateral, flujo sanguíneo cerebral, médula espinal y ganglio cervical superior.(Raggenbass.1998)
- c) La acción de la oxitocina en el cerebro esta regulada por las hormonas esteroidales de manera que existen diferencias en las conductas entre hombres y mujeres. Estas diferencias también existen en el tamaño de las células productoras de vasopresina en los núcleos supraópticos y paraventricular.(Ishunina.1999)
- d) La oxitocina influencia la conducta humana y sus disfunción puede estar asociada a patologías neuropsiquiátricas (Mac Carthy.1997), autismo (Insel.1997) y en los síndromes bipolares y depresiones por mayor actividad en los núcleos paramediales.(Purba.1996)
- e) El uso crónico de morfina bloquea el funcionamiento de la oxitocina y altera la conducta. (Loarden.1997) (Lindow.1999)
- f) Se han encontrado receptores de oxitocina en osteocitos humanos con capacidad osteogénica. La oxitocina puede ser considerada un agente anabólico. (Copland.1999)
- g) La oxitocina juega un papel importante en la respuesta sexual, en las funciones neuroendocrinas y conducta postcoital (Blaicher.1999), la estimulación vaginocervical induce analgesia, liberación de oxitocina y estimulación vía vagal (Komisaruk.1998)
- h) El hemisferio izquierdo está asociado a la autopreservación y el derecho a la preservación de la especie. El stress durante la infancia interrumpe este equilibrio provocando efecto disociativo, alterando las funciones del hemisferio derecho relacionadas con la conducta de la preservación de la especie. (Henry.1998)
- i) Teoría polivagal (Porges.1998)
Esta teoría provee las explicaciones neurobiológicas sobre dos dimensiones de la intimidad: el cortejar y establecer parejas permanentes. La teoría propone que el desarrollo filogenético del nervio vago mamífero es paralelo a las comunicaciones especializadas, actuando por vía oxitocina y vasopresina, entre el hipotálamo y el núcleo medular del vago visceral, que facilita la excitación sexual, cópula y el

desarrollo de la pareja permanente. Produciendo sensaciones viscerales ante la aproximación de la persona amada.

La sabiduría del antiguo proverbio "Nadie puede pagar lo que una madre hace gratis" cobra real relevancia gracias a los estudios actuales en el área de la Neurofisiología, las evidencias actuales permiten establecer que el desarrollo neurológico, afectivo e intelectual en la especie humana está asegurado por la presencia de sustratos en la leche humana como se expresó anteriormente, y el desarrollo afectivo e intelectual esta garantizado por la presencia de la madre a través del estrecho vínculo que se establece mediante la función de la lactancia, así lo propuso inicialmente Stern y en la actualidad profundiza el tema la extensa revisión que hace Daniel Coleman en su libro "Inteligencia Emocional", sosteniendo que la presencia de la madre favorece - a través de su estimulación- la maduración de vías nerviosas tanto a nivel central como periférico, contribuyendo a la maduración de la memoria afectiva la cual está íntimamente relacionada con el cociente intelectual.

El conocimiento creciente de la genética nos lleva a replantearnos el eterno dilema, hasta donde somos fruto del medio ambiente o de nuestro programa genético, cada día existen más evidencias que en el área de la reproducción y la sobrevivencia existen programas genéticos que se han ido perfeccionando en las 10.000 generaciones desde la época de los homínidos. Dios no podía delegar esta responsabilidad tan grande cual es la supervivencia en el planeta a designios culturales, el programa de Eva probablemente esta ligado al DNA mitocondrial y el de Adán al cromosoma Y, ambos no se recombinan en el proceso reproductivo.

Referencias Bibliográficas:

1. Jelliffe D.B., Jelliffe P., *Human Milk in the Modern World*. Oxford University Press. 1978.
2. Klaus M.H., Kennel J., *Maternal-Infant Bonding*. The C.V. Mosby Company. Saint Louis. 1976.
3. Stern D., *La Primera Relación Madre-Hijo*. Edicions Morata S.A. Madrid 1978.
4. Klaus M.H., *El apoyo emocional continuo durante el trabajo de parto. ¿El redescubrimiento de un ingrediente esencial del parto?*
5. Muñoz H., *Lactancia en mamíferos desde el punto de vista evolutivo*. Perinatología y Reproducción. Vol 2; 15-17. 1989.
6. Ayala A., Lopez I., Muñoz H. *Efecto del contacto materno precoz en R.N. a Término*. Pediatría. vol: 36, 127-134. 1993.
7. Tinberger N., *El estudio del Instinto*. Congreso Latinoamericano de Oaxaca. Mexico. Marzo 1992.

8. Lucas A., Morley R., Cole T.J., Lister G., Leeson-Payne C., *Breast Milk and subsequent Intelligence Quotient in children born preterm. The Lancet* Vol; 339, 261-264. 1992.
 9. Sharps R., *Para mejorar el Cociente Intelectual de Inteligencia, se necesita estimular el desarrollo en los tres primeros años de la vida. Wall Street Journal, Abril 12, 1994.*
 10. Coleman D. *Emotional Intelligence. A Bantam Book.*1995
 11. Bostock J., "Evolutionary approaches to infant care" *The Lancet*. Vol :1033.1962.
- Endorfinas
12. *Beta-endorfina-rola w fizjologii i zaburzeniach cyklu miesiaczkowego. Meczekalski-B; Warenik-Szymankiewicz-A Ginekolog-Pol.*1995 Oct; 66(10): 586-95
 13. *Plasma endorphin species during dynamic exercise in humans. Viru-A; Tendzegolskis-Z Clin-Physiol.*1995 Jan; 15(1): 73-9
 14. *Biochemistry of Eros Nicoli-RM; Nicoli-JM Contracept-Fertil-Sex.* 1995 Feb; 23(2): 137-44
 15. *Kalin-NH; Shelton-SE; Lynn-DE Opiate systems in mother and infant primates coordinate intimate contact during reunion. Psychoneuroendocrinology.*1995; 20(7): 735-42
 16. *Teschemacher-H; Koch-G; Brantl-V Milk protein-derived opioid receptor ligands. Biopolymers.* 1997; 43(2): 99-117
 17. *Blass-EM; Shah A Pain-reducing properties of sucrose in human newborns. Chem-Senses.* 1995 Feb; 20(1): 29-35
 18. *Gray L, Watt L. Blass EM Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns Pediatric vol 105. N° 1 Jan 2000*
- Oxitocina
19. *Bathgate-RA; Parry-LJ; Fletcher-TP; Shaw-G; Renfree-MB; Gemmell-RT; Sernia-C Comparative aspects of oxytocin-like hormones in marsupials. Adv-Exp-Med-Biol.* 1995; 395: 639-55
 20. *Akhundova-A; Getmanova-E; Gorbulev-V; Carnazzi-E; Eggena-P; Fahrenholz-F Cloning and functional characterization of the amphibian mesotocin receptor, a member of the oxytocin/vasopressin receptor superfamily. Eur-J-Biochem.* 1996 May 1; 237(3): 759-67
 21. *Uvnas-Moberg-K Physiological and endocrine effects of social contact. Ann-N-Y-Acad-Sci.* 1997 Jan 15; 807: 146-63
 22. *Lin SH, Miyata S, Weng W, Matsunaga W, Ichikawa J, Furuya K, Nakashima T, Kiyohara T Comparison of the expression of two immediate early gene proteins, Fos B and Fos in the rat preoptic area, hypothalamus and brainstem during pregnancy, parturition and lactation. Neurosci Res* 1998 Dec; 32(4): 333-41
 23. *Zingg-HH Vasopressin and oxytocin receptors. Baillieres-Clin-Endocrinol-Metab.* 1996 Jan; 10(1): 75-96

24. Pedersen-CA; Johns-JM; Musiol-I; Perez-Delgado-M; Ayers-G; Faggin-B; Caldwell-JD Interfering with somatosensory stimulation from pups sensitizes experienced, postpartum rat mothers to oxytocin antagonist inhibition of maternal behavior. *Behav-Neurosci.* 1995 Oct; 109(5): 980-90
25. Turner RA, Altemus M, Enos T, Cooper B, McGuinness T. Preliminary research on plasma oxytocin in normal cycling women: investigating emotion and interpersonal distress. *Psychiatry* 1999 Summer; 62(2): 97-113
26. McCarthy-MM Estrogen modulation of oxytocin and its relation to behavior. *Adv-Exp-Med-Biol.* 1995; 395: 235-45
27. Levy-F, Kendrick-KM. Goode-JA, Guevara-Guzman-R, Keverne-EB Oxytocin and vasopressin release in the olfactory bulb of parturient ewes: changes with maternal experience and effects on acetylcholine, gamma-aminobutyric acid, glutamate and noradrenaline release. *Brain-Res.* 1995 Jan 16, 669(2), 197-206
28. Luckman-SM Fos expression within regions of the preoptic area, hypothalamus and brainstem during pregnancy and parturition *Brain-Res.* 1995 Jan 9, 669(1) 115-124
29. Bale-TL, Dorsi-DM Sex differences in and effects of estrogen on oxytocin receptor messenger ribonucleic acid expression in the ventromedial hypothalamus *Endocrinology* 1995 Jan, 136(1): 2732
30. Insel-TR; Winslow-JT; Wang-ZX; Young-L; Hulihan-TJ. Oxytocin and the molecular basis of monogamy. *Adv-Exp-Med-Biol.* 1995; 395: 227-34
31. Insel-TR; Young-L; Wang-Z Molecular aspects of monogamy. *Ann-N-Y-Acad-Sci.* 1997 Jan 15; 807: 302-16
32. Insel TR, Winslow JT, Wang Z, Young LJ Oxytocin, vasopressin, and the neuroendocrine basis of pair bond formation. *Adv Exp Med Biol* 1998; 449: 215-24
33. Insel TR, Winslow JT Serotonin and neuropeptides in affiliative behaviors. *Biol Psychiatry* 1998 Aug 1; 44(3): 207-19
34. Young-LJ; Winslow-JT; Wang-Z; Gingrich-B; Guo-Q; Matzuk-MM; Insel-TR Gene targeting approaches to neuro-endocrinology: oxytocin, maternal behavior, and affiliation. *Horm-Behav.* 1997 Jun; 31(3): 221-31
35. Insel-TR; Young-L; Witt-DM; Crews-D Gonadal steroids have paradoxical effects on brain oxytocin receptors. *J-Neuroendocrinol.* 1993 Dec; 5(6): 619-28
36. Jezova-D; Skultetyova-I; Tokarev-DI; Bakos-P; Vigas-M Vasopressin and oxytocin in stress. *Ann-N-Y-Acad-Sci.* 1995 Dec 29; 771: 192-203
37. Carter CS Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology* 1998 Nov; 23(8): 779-818
38. Uvnas-Moberg K Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions.

- Psychoneuroendocrinology 1998 Nov; 23(8): 819-35
39. Carter-CS; Altemus-M Integrative functions of lactational hormones in social behavior and stress management. *Ann-N-Y-Acad-Sci.* 1997 Jan 15; 807: 164-74
40. Raggenbass M, Alberi S, Zaninetti M, Pierson P, Dreifuss JJ Vasopressin and oxytocin action in the brain: cellular neurophysiological studies. *Prog Brain Res* 1998; 119: 263-7
41. Ishunina TA, Swaab DF Vasopressin and oxytocin neurons of the human supraoptic and paraventricular nucleus: size changes in relation to age and sex. *J Clin Endocrinol Metab* 1999 Dec; 84(12): 4637-44
42. McCarthy-MM; Altemus-M Central nervous system actions of oxytocin and modulation of behavior in humans. *Mol-Med-Today.* 1997 Jun; 3(6): 269-75
43. Insel-TR A neurobiological basis of social attachment. *Am-J-Psychiatry.* 1997 Jun; 154(6): 726-35
44. Purba-JS; Hoogendijk-WJ; Hofman-MA; Swaab-DF Increased number of vasopressin -and oxytocin- expressing neurons in the paraventricular nucleus of the hypothalamus in depression. *Arch-Gen-Psychiatry.* 1996 Feb; 53(2): 137-43
45. Laorden-ML; Milanes-MV; Chapleur-Chateau-M; Burlet-A Changes in hypothalamic oxytocin levels during morphine tolerance. *Neuropeptides.* 1997 Apr; 31(2): 143-6
46. Lindow-SW, Hendricks-SM, Nugent-FA, Dunne-TT van der Spuy-ZM Morphine supresses the oxytocin response in breast-feeding woman *Gynecol Obstet Invest* 1999, 48(1): 33-37
47. Copland JA, Ives KL, Simmons DJ, Soloff MS Functional oxytocin receptors discovered in human osteoblasts. *Endocrinology* 1999 Sep; 140(9): 4371-4
48. Blaicher W, Gruber D, Bieglmayer C, Blaicher AM, Knogler W, Huber JC The role of oxytocin in relation to female sexual arousal. *Gynecol Obstet Invest* 1999; 47(2): 125-6
49. Komisaruk BR, Whipple B Love as sensory stimulation: physiological consequences of its deprivation and expression. *Psychoneuro-endocrinology* 1998 Nov; 23(8): 927-44
50. Henry JP, Wang S Effects of early stress on adult affiliative behavior. *Psychoneuro-endocrinology* 1998 Nov; 23(8): 863-75
51. Porges SW Love: an emergent property of the mammalian autonomic nervous system. *Psychoneuroendocrinology* 1998 Nov; 23(8): 837-61

BASES PARA UNA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACION EN LA ATENCION DEL PROCESO REPRODUCTIVO

Dr. René Castro Santoro
Encargado Programa de Salud de la Mujer - Ministerio de Salud

El Cairo, 1994: ***"Las mujeres son esenciales para el desarrollo"***

SITUACIÓN ACTUAL DE LA MUJER EN CHILE

Las mujeres tienden a ser más vulnerables por circunstancias sociales, culturales y económicas; el ejercicio de la función reproductiva es una de las condiciones que incide más significativamente en esta mayor vulnerabilidad. Por extensión, los niños - hijos/as de las mujeres - comparten esta condición de ser más vulnerables.

En la última década, con el retorno del país a un régimen democrático, se ha planteado como un desafío central de la acción gubernamental propiciar un desarrollo con equidad social; esto plantea dos requisitos básicos para el Estado : "el convencimiento de que la finalidad última del desarrollo es garantizar a la población un nivel adecuado de satisfacción de sus necesidades fundamentales y la necesidad de que el Estado se autoperciba como agente insustituible en la creación de condiciones apropiadas para que la finalidad última del desarrollo se cumpla". Sin embargo, preocuparse por la equidad social ha requerido preocuparse también por la vulnerabilidad social, dado que se evidencian desequilibrios importantes en el proceso de satisfacción de necesidades entre diferentes grupos sociales y, se constata además que el acceso a satisfactores y bienes generados por el desarrollo son insuficientes.

Por esta razón, se han definido "grupos prioritarios" - sectores más vulnerables de la población - para la acción del Estado, entre los cuáles se hallan las mujeres, niños, jóvenes y tercera edad, hacia los cuáles se orientan las políticas públicas, especialmente aquellas que dicen relación con la oferta pública en materia social. Así, se generan programas selectivos dirigidos a estos grupos, con un fuerte énfasis en la intersectorialidad e integralidad, que gradualmente incorporan criterios de transversalidad y que se esfuerzan por considerar la creciente regionalización del país y la modernización del Estado.

En relación a las mujeres como sujeto prioritario de la acción del Estado, destacan dos hitos dentro del conjunto de políticas sociales existentes en el país :

- Creación del Servicio Nacional de la Mujer (Enero 1991), constituyendo la base de su quehacer los principios estipulados en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, que Chile suscribió en 1989.
- Elaboración del Plan de Igualdad de Oportunidades para la Mujer 1994 - 2000, instrumento de planificación con un acotado diseño metodológico, que proporciona orientaciones para la acción que se sustentan en los principios éticos políticos adoptados.

Se definen como principios inspiradores y ordenadores de las propuestas del Gobierno de la época los siguientes:

- Igualdad del hombre y la mujer en todos los planos de la sociedad;
- La autonomía de la mujer como persona capaz de tomar sus decisiones y comprometerse con la sociedad;
- La dignidad de la mujer y la valoración de sus capacidades y su quehacer;
- La protección y el fortalecimiento de la familia.

El reconocimiento que el Estado hace, a través de sus dos gobiernos más recientes, sobre la discriminación de las mujeres y la necesidad de tomar medidas para igualar sus derechos y acceso a las oportunidades con los de los hombres es, sin duda, un avance significativo que expresa el compromiso y voluntad de la autoridad política. Trabajar desde la oferta pública de políticas sociales por la igualdad de derechos y oportunidades para las mujeres ha significado planificar, diseñar y ejecutar planes, programas, proyectos y acciones tendientes a permear todos los ámbitos de la vida nacional, incluyendo también el familiar.

Uno de los cambios sociales más importantes en los últimos años, ha sido la creciente integración de las mujeres al mercado laboral, con su correspondiente aporte a la economía familiar; hoy, cerca del 40% de la fuerza laboral activa son mujeres. Esta función productiva fuera del hogar se agrega a la función doméstica (cuidado del hogar, de los hijos) y, a la ya señalada función reproductiva; esta acumulación de funciones sociales sobre la mujer, representa una gran sobrecarga, con diversos efectos potenciales (entre ellos, el compromiso de su estado de salud). Por ello, se hace necesario un reparto más equitativo de las tareas familiares - SERNAM ha planteado el concepto de " responsabilidades familiares compartidas" - y, hacer compatible el trabajo remunerado con el ejercicio de la maternidad y de la paternidad.

Numerosos son los programas y servicios que se han diseñado específicamente para atender ciertos aspectos propios de las vidas de las mujeres, o cambiar otros que las han mantenido en permanente desventaja respecto de los hombres y que han requerido de nuevas legislaciones o modificaciones legales y constitucionales

sustanciales para igualarlas ante la ley. Numerosos han sido también los esfuerzos que los sectores más tradicionales ejecutores de la política social han hecho y están haciendo para incorporar la perspectiva de género a sus actividades cotidianas.

Estos esfuerzos no se limitan sólo a las instituciones del Estado, servicios públicos y/o municipios, sino que comprometen además a organizaciones no gubernamentales, comunidad organizada y de la sociedad civil en general, con quienes la institucionalidad pública debe trabajar coordinadamente para maximizar la eficiencia y eficacia de su acción, a través de efectivos procesos de participación, coordinación, intersectorialidad e integralidad.

En documento técnico presentado por la Organización Mundial de la Salud en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), como factores que afectan la salud de las mujeres, se señalan los siguientes :

- pobreza y diversos factores económicos (acceso al trabajo, educación, salud, vivienda, etc.);
- una baja condición personal y social, y una falta de oportunidades que determina un estado de subordinación a los hombres (una expresión clara de este aspecto es el hecho de que, para muchas mujeres pobres, la maternidad es considerada como la única forma de ser valorada socialmente);
- factores demográficos como formación temprana de pareja (que implica inicio cada vez más precoz de la actividad sexual), la fecundidad, el envejecimiento.

SALUD REPRODUCTIVA - MARCO CONCEPTUAL

"Una civilización que ya no ama a sus hijos es una civilización que agoniza. Y cuando en una civilización las mujeres abandonan su misión de madre o ya no saben - o no pueden - cumplirla, esa civilización está en peligro ". J.P.Reilly, " Ama a tu hijo antes de que nazca".

Sobre la mujer, pilar básico de la familia y, principal responsable de la reproducción biológica - la cual obviamente no puede delegar - recae la mayor parte de los problemas relacionados con el proceso reproductivo (morbi-mortalidad asociada a embarazo-parto-postparto; uso de métodos anticonceptivos; mayor riesgo de infecciones del tracto reproductivo, en especial enfermedades de transmisión sexual y SIDA). El embarazo no deseado, condición que predispone a la realización voluntaria de un aborto, se asocia con ignorancia de la propia fisiología reproductiva de la mujer y el no uso, o uso inadecuado, de métodos anticoncepcionales eficaces.

En la atención integral de su salud, resulta fundamental asegurar las condiciones que permitan hacer decisiones reproductivas debidamente informadas, entregando servicios de buena calidad en los distintos sistemas y niveles de atención (público y privado). En el marco ético formulado en 1994 por la O.M.S. en relación a los cuidados ginecológicos y obstétricos, se destaca el **principio de la autonomía** (rol que la mujer debe adoptar en el cuidados de su salud) y, el principio de la equidad ("en la administración de los cuidados de salud a la mujer, se requiere que todas sean tratadas con igual consideración").

La misma O.M.S. ha desarrollado los conceptos de Salud Reproductiva y Salud Sexual, los cuales fueron aprobados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y, ratificados en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995); en el citado documento presentado por la O.M.S. en Beijing, la Salud Reproductiva es uno de los 6 problemas señalados a nivel mundial en relación a la salud de las mujeres.

En un documento técnico, la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S., 1995) integra ambos conceptos:

"Se puede definir la Salud Sexual y Reproductiva (S.S.R.) como la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguros y, de tener y criar hijos saludables".

La protección adecuada durante el período gestacional y en los primeros meses de la vida, resulta fundamental, tanto para la madre como para su hijo/a: control prenatal, atención adecuada del parto, lactancia natural prolongada, estimulación del desarrollo sicosocial del niño, control de salud infantil, vacunaciones, programas de alimentación complementaria.

El período postparto es un estado de transición desde la estrecha dependencia que se establece entre madre e hijo/a durante el período intrauterino hacia un período de mayor autonomía para ambos; este período es esencial para la recuperación de la madre, para el desarrollo de los niños, para el aprendizaje de las funciones parentales, y para que se establezca un vínculo afectivo sólido entre los ambos padres y sus hijos/as.

El concepto de Salud Reproductiva (S.R.) se halla en pleno desarrollo; está centrado en las personas como sujetos activos en el ejercicio de sus derechos reproductivos, participando en el logro de una mejor calidad de vida personal, de sus parejas, de su familia. Es un proceso continuo, a lo largo del ciclo vital de la mujer - se inicia en

la niñez, se refuerza en la adolescencia, se ejerce en la vida adulta - fuertemente asociado al desarrollo de la mujer y de su familia, como sujeto social activo con múltiples roles (visión holística); rescata la función social de la reproducción humana, trasciende el tradicional enfoque de la salud materno-infantil.

Como principios rectores en S.R. se han señalado : aspectos éticos personales y sociales; los derechos reproductivos; focalización en grupos más marginados y vulnerables; la equidad de género; la calidad de atención y la calidad de vida; la integración de los diferentes servicios disponibles; la participación social; la sustentabilidad de las acciones en el nivel local (descentralización). Estos principios forman parte de las políticas definidas por la actual gestión ministerial de Salud.

Derechos Reproductivos: derechos básicos de las personas a acceder y obtener la información, los servicios y el apoyo necesarios para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la S.S.R., sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socioeconómica, etc.

Las acciones básicas en S. R. incluyen : Educación Sexual - Control embarazo y parto - Planificación Familiar - Prevención E.T.S., incluyendo SIDA. En nuestro país, estas acciones han alcanzado un grado variable de desarrollo : excelente cobertura en control de embarazo (sobre 90 %) y atención profesional del parto (99.6 % en 1998); más de 30 años de exitosa experiencia en Planificación Familiar, aún cuando persiste como problema importante el Aborto Inducido.

La regulación voluntaria de la fecundidad femenina pasa a ser una herramienta fundamental en el proceso de desarrollo personal (control del propio cuerpo), lo cual incidirá tanto en el establecimiento de relaciones de género más igualitarias, como en sociedades más equilibradas y justas, que las actuales.

En el marco del Programa de Acción aprobado en El Cairo, en el sentido de permitir a las personas hacer sus propias decisiones informadas y, de considerar a las mujeres como sujetos activos (usuarias de servicios, en el ejercicio de sus derechos ciudadanos, no "pacientes"), surgen los derechos de los usuarios de los servicios de Salud Reproductiva: Información - Acceso - Elección - Seguridad - Privacidad - Confidencialidad - Dignidad - Comodidad - Continuidad - Opinión

ETICA, POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA

En Mesa Redonda realizada por el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP) en la Universidad de Columbia, USA, en Marzo 1994, se

formulan 3 principios básicos sobre esta materia :

1. Dado que la S.R. es un bien social importante, promoverla y mejorar las condiciones para que sea alcanzada son obligaciones éticas. Para cumplir esta obligación los Gobiernos deben reconocer y proteger 3 tipos de derechos que son esenciales para la promoción de la S.R.:
 - a) derechos a la atención en salud y la información con respecto a la salud;
 - b) derechos relacionados con la libertad y seguridad de las personas;
 - c) derechos vinculados a la condición social y la igualdad de la mujer en la sociedad.
2. La justicia en el ámbito de la S.R. requiere una distribución equitativa de los beneficios y las responsabilidades relacionadas con las decisiones reproductivas, incluyendo la de tener o no tener hijos. Como condiciones para alcanzar este logro se requiere :
 - a) garantizar igualdad de todas las personas en la sociedad con respecto a las decisiones reproductivas, independiente de cualquier factor de discriminación;
 - b) información sobre SR y disponibilidad de servicios debe fluir libremente y alcanzar una amplia difusión;
 - c) proteger efectivamente los derechos individuales en sus distintas dimensiones.
3. Para que las acciones y prácticas sean éticas, debe tratarse a las personas con respeto, y debe respetarse la autonomía de los individuos, asegurar que las personas puedan alcanzar una capacidad plena de tomar decisiones reproductivas (consentimiento informado).

SALUD DE LAS MUJERES

"El replanteamiento de la atención de la mujer en términos que garanticen un cuidado verdaderamente integral de la persona - hombre o mujer - conducirá eventualmente a abogar por servicios de atención a la mujer y no simplemente a la madre...". O.P.S., 1990.

En 1995, en relación a la atención de salud de las mujeres, el Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la O.P.S. señala los siguientes lineamientos:

- La mujer como sujeto de derechos en salud (apropiación por parte de la mujer, del conocimiento e información sobre su salud);
- Desarrollar opciones y la autonomía de la mujer para tomar decisiones sobre su vida, su cuerpo y su sexualidad;
- Valorización social y económica de la función reproductiva.

Sobre este último aspecto, el Papa Juan Pablo II, en su "Carta a las Mujeres" (Junio 1995, 2 meses antes de Beijing), formula una severa denuncia autoexplicativa: "Baste pensar en cómo a menudo es penalizado, más que gratificado, el don de la maternidad, al que la Humanidad debe también su misma supervivencia. Ciertamente, aún queda mucho por hacer para que el ser mujer y madre no comporte una discriminación".

En la realidad nacional, existen diversas expresiones de esta discriminación: exigencia de no embarazo para ser contratada en un trabajo; mayor costo previsional en sistema de la Isapres; pocas facilidades para cuidados durante el embarazo y, para ejercer un mejor cuidado de los hijos/as durante el primer año de vida (período considerado crucial para el crecimiento y desarrollo integral de los niños). En suma, las mujeres deben enfrentar una tensión evidente entre el cumplimiento de la función reproductiva y, su acceso y permanencia en el mercado laboral y previsional.

Desde todo punto de vista, el proceso reproductivo debe ser visto como un intenso trabajo - biológico durante el embarazo, social a través de la crianza y cuidado de los hijos - cuyos riesgos, costos, y responsabilidades son asumidos mayoritariamente por la mujer; la importancia que la calidad y el "producto" de este trabajo tienen para la sociedad - nacimiento, crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo, que llegue a la vida adulta en las mejores condiciones posibles para integrarse activamente a la sociedad - son de un valor incalculable ("rentabilidad social ").

Por lo tanto, la sociedad en su conjunto debiera brindar a las mujeres las condiciones que les permitan cumplir tan esencial función, coherente con la alta valoración emocional y afectiva que se hace del proceso reproductivo, eliminando el " doble discurso " social existente, que afecta gravemente a las mujeres.

En 1994, el presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, en un Congreso mundial de esta disciplina, presenta una elocuente reflexión; en el documento titulado " Salud de la mujer : una mirada global ", señala : " La especialidad de la Gineco-Obstetricia ha desarrollado tecnologías que pueden salvar vidas y mejorar la salud de las mujeres; sin embargo, el impacto sobre la salud de las mujeres aún deja bastante que desear. No podemos seguir escondiendo nuestras cabezas en las arenas de la biología y dar la espalda a las realidades sociales que afectan negativamente la salud de las mujeres ".

A partir de 1994, el Ministerio de Salud inicia la transformación del Programa Materno - Perinatal, orientado a la atención preferente de la mujer en el ámbito reproductivo hacia un enfoque de salud integral de la mujer, que incorpore dimensiones no reproductivas (salud mental, salud laboral, salud en la postmenopausia), asumiendo los principios de igualdad de oportunidades para ellas. En 1997 se publica oficialmente el Programa de Salud de la Mujer, vigente a la fecha.

En la organización de los servicios a entregar a la población femenina, se requiere balancear adecuadamente dos aspectos :

- a) **Calidad técnica de los servicios prestados**, en gran medida determinada por la preparación y desempeño del personal que asume las respectivas responsabilidades, así como por la cantidad y adecuación de los recursos y tecnologías de que disponen; la capacitación periódica y continua de los integrantes del equipo de salud de la mujer resulta de la mayor importancia.
- b) **Satisfacción de la población usuaria**: junto a una atención de salud de alta calidad técnica, se requiere satisfacer las necesidades emocionales de las mujeres y sus familias, en las distintas acciones que se le entregan. Otro aspecto a considerar, se refiere a la participación activa de la mujer en el cuidado de su condición de salud (**autocuidado**) y, en la definición de las decisiones que le afectan, y no como meras destinatarias u objeto de programas diseñados sin incorporar su particularidad.

En el actual proceso de Reforma que el sector Salud está llevando a cabo en el país, uno de los principios fundamentales se refiere a centrar la atención de salud en la adecuada y oportuna satisfacción de las necesidades de la población usuaria de los servicios. En la estrategia de Atención Primaria, sobre la cual se desarrollará en medida importante la Reforma programática en curso, un elemento central es la incorporación del **enfoque familiar** en la atención de salud.

En relación a la calidad de atención en la salud femenina , el Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la O.P.S formula los siguientes planteamientos (1995) :

1. Integralidad de la atención a la mujer como sujeto de derecho y no como vehículo para el logro de la salud de otros.
2. Reconocimiento del efecto de la doble o triple responsabilidad - reproductiva, productiva, doméstica y comunitaria - sobre la salud de las mujeres de los sectores populares, y sobre las posibilidades de ellas mismas de asumir tareas adicionales de aprendizaje y cuidado de la salud. El concepto del "empoderamiento", surgido en la Conferencia de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), apunta al desarrollo de capacidades para el autocuidado más que entrega de conocimientos, a una mayor autonomía y menor dependencia de las personas del sector Salud.
3. La necesidad de estimular la participación de las mujeres en la definición de sus propias necesidades y, en la de las prioridades y estrategias de la provisión de servicios de calidad. La participación a estimular es la que se ejerce como derecho ciudadano en proyectos que afectan profundamente las vidas de las personas.
4. La indispensabilidad de incorporar el elemento de adecuación y suficiencia de los servicios a las necesidades de la población, así como la accesibilidad a los mismos.

SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA (S.S.R.) EN CHILE

" Sueño con el día en que todos los niños que nazcan sean bienvenidos y la sexualidad sea una expresión de alegría y ternura ". (Dra. E. Ottensen-Jensen, I.P.P.F., 1982)

El excelente nivel alcanzado en Chile por los indicadores habituales de salud materno-infantil (mortalidad materna, perinatal, infantil), unido a una tendencia decreciente de la natalidad, permite al momento actual orientar los esfuerzos hacia una mejor calidad de los servicios que se entregan a la madre y su hijo/a. El rol de los integrantes de los equipos de salud materno- infantil debiera orientarse a ayudar a las personas a adquirir las capacidades necesarias para el mejor desarrollo de sus tareas parentales en el espacio familiar.

En Chile ha existido una tradición en torno a la responsabilidad del Estado en orden a promover actividades tendientes a obtener la salud y el bienestar de la familia, en particular de las que se encuentran en condiciones de mayor riesgo biosicosocial. El concepto de Paternidad Responsable es una dimensión dentro de las políticas de bienestar social y familiar; implica tener solamente los hijos que puedan ser formados integralmente.

La Planificación Familiar es un componente de la misma, la cual permite armonizar la fecundidad humana con las necesidades del bienestar y la salud de la familia; es un instrumento de salud orientado a madres e hijos saludables, fruto de una decisión libre e informada, individual o de pareja, en el ejercicio de un derecho humano básico.

En las Bases para una Política de Planificación Familiar (Octubre 1990), se señala: "El Gobierno de Chile reconoce el beneficio que logra la población con las actividades de Planificación Familiar, que le permite tener el número de hijos con el espaciamiento y oportunidad deseada. Por esta razón, se mantiene el apoyo a las actividades de P.F. en pro del logro de una adecuada salud reproductiva integral ".

La multiplicidad de factores que inciden en el logro de una adecuada S.S.R. al alcance de todas las personas, así como la magnitud de las tareas a desarrollar, en pos de dicho objetivo exceden las capacidades del sector Salud, requiere del esfuerzo concertado de los distintos actores sociales : entidades gubernamentales, no gubernamentales, comunitarias, sectores políticos, medios de comunicación, etc. Es una responsabilidad multisectorial, de toda la sociedad (este concepto se recoge en una de las ideas que rigen la tarea del Ministerio de Salud : " La Salud, tarea de todos ").

Las actividades preferentes deberán estar centradas en aspectos de capacitación de los proveedores, en educación de la población usuaria sobre aspectos de promoción, en campañas de comunicación social y, en cualquiera iniciativa que pueda contribuir a alcanzar como objetivo principal el logro de un embarazo deseado, fruto de la decisión responsable de ambos progenitores, que no interfiera con sus respectivos desarrollos como individuos y como pareja, permitiendo una plena participación en los distintos espacios de la vida nacional (familia, escuela, trabajo, comunidad).

La S.S.R. es el camino hacia el futuro, una nueva forma de organizar los servicios disponibles; requiere de un cambio de mentalidad tanto por parte de los prestadores como de la población usuaria. El desafío actual es ampliar la mirada, en pos del pleno desarrollo de una adecuada Salud Sexual y Reproductiva, que incorpore el enfoque de género, la superación de las desigualdades hombre-mujer, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y la sociedad.

La O.P.S./O.M.S., en documento sobre Población y Desarrollo (1995), señala los principios que debieran guiar a los prestadores de servicios en esta área: " La preservación de la intimidad y la privacidad de los individuos, así como el favorecer la autonomía y el proceso de la toma de decisiones, resultan básicos para quienes trabajen en los temas de Salud Sexual y Reproductiva ".

A nivel de la atención primaria, como posibles intervenciones para promover cambios en los servicios de S.R. que se entregan a la población usuaria, cabe plantear entre otras :

- Cambiar énfasis de una atención exclusivamente centrada en lo maternal hacia el concepto más amplio de S.R.
- Desarrollo pleno del concepto de S.R. y de integralidad de los servicios entregados a nivel de la atención primaria, incluyendo el consentimiento libre e informado de una gama más amplia de MACs.
- Mejorar la calidad de las relaciones personales entre usuarios y proveedores.
- Asignar mayor prioridad a las actividades de educación para la salud, para la promoción de salud y la prevención de enfermedades.
- Abrir un espacio para la participación masculina, en especial de los jóvenes.

PARTICIPACIÓN MASCULINA Y VIDA FAMILIAR

" La vida es bella, pero ver como alguien viene a este mundo te hace valorar mucho más a tu esposa, a tu hijo, a tu madre, y a tu propia vida ". (Carta de un papá. Hospital Barros Luco, 1995)

Un aspecto que requiere ser desarrollado dentro del sector Salud se refiere a la incorporación del hombre como sujeto activo en las diversas acciones de la S.S.R., a fin de que comparta con la mujer las responsabilidades del trascendental proceso social que representa la formación de la familia, espacio en el cual se dan los procesos de salud y enfermedad.

En el Plan de Acción de Beijing, en relación al comportamiento sexual y reproductivo de los hombres, en el párrafo 109.1. se acuerda : " Elaborar programas específicos para hombres de todas las edades y adolescentes varones, destinados a proporcionar información completa y confiable sobre comportamiento sexual y reproductivo sin riesgos y responsable, incluyendo métodos voluntarios, apropiados y efectivos para hombres para la prevención de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, entre otros, abstinencia y uso de condón ".

Un primer avance en ese sentido, ha sido estimular la presencia del padre en el nacimiento de su hijo/a en los centros asistenciales públicos del país; además, se contempla favorecer su participación en las diversas actividades de control ligadas al proceso reproductivo (control prenatal, de planificación familiar, control de niño sano), como una forma de aliviar a la mujer de sus múltiples tareas.

Desde una perspectiva de género, un mayor involucramiento de la pareja masculina en los aspectos relacionados con la S.S.R., , en el sentido de compartir - "responsabilidades familiares compartidas" - no de "ayudar "a la mujer en el ejercicio de sus distintas funciones permitiría reducir la actual sobrecarga que enfrenta la población femenina; junto con reducir las consecuencias que esta sobrecarga puede generar sobre la mujer, tanto en lo que se refiere a su salud física como sicológica, puede favorecer una estructura familiar más sólida que beneficiaría a todos sus integrantes (padres e hijos), ayudando a prevenir problemas tan importantes como la violencia intrafamiliar, y el abuso de alcohol y drogas adictivas, entre otros.

HUMANIZACIÓN DEL PROCESO REPRODUCTIVO

" No hay nada que sea más humano, nada que pueda ser más más distintivo del espíritu trascendente que anima al hombre, que la sonrisa de complacencia que se dibuja en el rostro de la madre que amamanta, y la mirada intensa y profunda del niño que se nutre del espíritu y la sabiduría milenaria de la especie a través del pecho de su madre ". Dr. Marshall Klaus.

La salud ha tendido a ser vista más como la ausencia de enfermedad que como un proceso de construcción gradual, sobre el cual intervienen factores de distinta

naturaleza. En este contexto se ha puesto el mayor énfasis en evitar la enfermedad - prevención - prestando poca atención a las diversas variables del entorno en el cual se desarrolla la vida de los individuos.

Un enfoque más positivo se orienta hacia la búsqueda del bienestar por parte de los propios interesados, como un factor de progreso y desarrollo humanos, donde lo fundamental es la responsabilidad y el protagonismo de los sujetos para el logro de una vida más saludable, en un equilibrio dinámico con el desarrollo social, económico y ambiental de la sociedad. La salud y la enfermedad son parte de un continuo, en el cual en un extremo se halla la Salud como un estado de equilibrio y bienestar dinámico, pasando por gradientes de progresivo desequilibrio - Enfermedad - hasta llegar al otro extremo (la muerte).

La **Promoción de la salud**, como expresión de esta conceptualización positiva, se construye sobre los 5 pilares planteados en la Carta de Ottawa (1986) :

1. Políticas saludables (rol de los Estados);
2. Acción comunitaria;
3. Habilidades de las personas;
4. Entornos saludable;
5. Adaptación de los servicios sociales (orientarlos en función de la familia)

En el marco del proceso de Reforma que se ha estado desarrollando en el sector Salud, en 1997 se definen 16 Prioridades de salud para el país, siendo una de ellas la Salud Sexual y Reproductiva. Como fundamento de esta Prioridad-país, subyace el concepto señalado por un destacado médico francés, Michel Odent, destacado impulsor de la humanización en la atención obstétrica, quien acertadamente señala : " La salud empieza por el principio " (coherente con uno de los principios que guían la acción del Ministerio de Salud : " La vida es lo primero ").

Entre las perspectivas y desafíos que se ha planteado el Ministerio de Salud para el período próximo en relación a la atención de salud de la mujer, en especial de su S.S.R., cabe destacar :

- Sensibilizar y difundir dentro del sector Salud, así como en otros sectores sociales y comunitarios, sobre las nuevas políticas integrales nacionales e internacionales que orientan las estrategias actuales relacionadas con la mujer, incorporando el enfoque de género y desarrollo en la atención de salud.
- Fortalecer la aplicación del concepto de Salud Sexual y Reproductiva en el país, orientado a favorecer la toma de decisiones debidamente informadas en los diversos aspectos relacionados a la sexualidad y reproducción, en el marco del ejercicio de los derechos ciudadanos de las personas, sin discriminación de ningún tipo (edad, sexo, estado civil, origen étnico, creencia religiosa, etc.). Un énfasis

especial debe darse a la atención de la población adolescente en esta área.

- Asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos y el acceso pleno a la libre decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos, fortaleciendo las actividades de Regulación de la Fecundidad: ampliación de la oferta de métodos, calidad de atención. Como desafío se plantea la necesidad de organizar servicios de Salud Sexual y Reproductiva para hombres (Consejería, implementación de esterilización voluntaria masculina) .
- Actualización de Normas técnicas sobre control prenatal, embarazo de alto riesgo obstétrico y perinatal, atención de parto. Un desafío importante será tratar de reducir la elevada tasa de cesáreas en el país - 40% - la más alta a nivel mundial, según reciente publicación del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (dependiente de la O.P.S.).
- Fortalecer proceso de mejoramiento de la **calidad de la atención** en los distintos momentos de la vida reproductiva, con especial énfasis en la atención del parto, que considere la activa participación y protagonismo de la mujer y su pareja masculina. Un experto de la O.P.S. en el tema Calidad de Atención, Humberto Moraes, propone una definición autoexplicativa : " Atender a otro/a como desearía ser atendido uno/a, o las personas que uno/a quiere "; sin embargo, la observación cotidiana en distintas realidades asistenciales, revela que este enunciado aún resulta una utopía a alcanzar. La formulación de los Derechos del Usuario, formulada por el FONASA, es un paso significativo en esa dirección.
- Implementar plenamente la actividad Control de Climaterio, orientada a mejorar la calidad de vida de la mujer en la etapa post-reproductiva de su vida y, a prevenir las patologías crónicas en esta etapa, que determinan alta morbilidad.
- Desarrollar programas de atención que permitan satisfacer adecuadamente las necesidades de salud de la mujer que trabaja fuera del hogar.
- Estimular la realización de actividades de Promoción de salud de la mujer, en los distintos espacios sociales en que ella se mueve, en un marco descentralizado, con activa participación intersectorial y, de las propias mujeres y sus grupos organizados a nivel comunitario.

Por ser la mujer el eje en torno al cual se organiza la vida y la salud del grupo familiar, es de la mayor importancia estratégica asegurarle una atención de la mayor calidad posible, que ella a su vez pueda difundir al interior de su hogar.

En la citada " Carta a las Mujeres ", el Papa Juan Pablo II resume acertadamente el desafío a asumir al inicio de un nuevo siglo y milenio : " ... en la política del futuro... será preciosa una mayor presencia social de la mujer, porque contribuirá a manifestar las contradicciones de una sociedad organizada sobre puros criterios de eficiencia y productividad, y obligará a replantear los sistemas a favor de los procesos que configuran la ' civilización del amor ' ".

HUMANIZACION DE LA ATENCION OBSTETRICA Y LA CALIDAD TOTAL

*Dr. Hugo Muñoz Cáceres
Pediátra-neonatólogo, Unidad de Lactancia, Depto. de Obstetricia y Ginecología
Hospital Clínico, Universidad de Chile*

I. INTRODUCCION:

Numerosos autores del área de las ciencias administrativas han contribuido a su perfeccionamiento a través del aporte de los principios generales genéricos a todo tipo de organización. Otros hicieron énfasis en la productividad, las estructuras, recursos humanos y la conducta, sus necesidades, sus relaciones y rendimiento, otras tendencias han hecho énfasis en la calidad de los productos y servicios hasta llegar a las tendencias mas modernas que valoran la importancia de las personas dentro y fuera de la organización, esta última se encuentra delineada en la metodología de Gestión en Calidad Total.

De acuerdo a los estilos de liderazgos aparecen tres tendencias que dieron origen a las denominadas Teoría X, Y y Z.

TEORIA X (Douglas Mc Gregor)

Denominada "mentalización del jefe" de la organización. La teoría esta basada en la creencia a la mayoría de las persona no le gusta trabajar y para que trabajen hay tenerlas muy vigiladas y bajo la amenaza del despido constante. También supone que las personas quieren que se les diga lo que tienen que hacer y no pensar por si mismas.

TEORIA Y (Douglas Mac Gregor)

Denominada "mentalización del jefe de Y". La teoría supone que el desagrado o agrado por el trabajo es una actitud hacia el jefe, causada por las experiencias actuales y del pasado. La teoría Y supone que en situaciones adecuadas o propicias las personas de la organización tienen la capacidad de fijar o elegir metas compatibles y deseables, de acorde a las metas de la empresa. Esto las llevaría a actuar con vitalidad y creatividad por ellos mismos. Además, piensa que a los empleados les gusta tener mayores responsabilidades y sentirse importantes por ello.

TEORIA Z (William Ouchi)

Ouchi entiende la organización como un todo corporativo e integrado, cuya realidad es mayor que la suma de sus partes. Este tipo de organización se sustenta en las convicciones, creencias y valores de las personas que trabajan allí y que han sido capaces de generar un éxito espectacular. El bien común y la supervivencia en el

tiempo de la empresa son las características mas importantes de esta filosofía. Las particularidades que la distinguen son basadas en el respeto, la confianza y fe mutuas, la interdependencia y la semiformalidad jerárquica.

II. DEFINICIONES DE CALIDAD

Donabedian : " La calidad de la atención médica es la aplicación de la ciencia y de la tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.

El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio mas favorable de riesgos y beneficios ".

M.I. Roemer y C. Montoya A : " La calidad es el desempeño apropiado (acorde a las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad. la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición ".

Edward Deming : " Hacer lo correcto en forma correcta, de inmediato ".

La calidad es un concepto integral y polifacético y comprende varias dimensiones, entre otras: competencia profesional, accesibilidad a los servicios de salud, eficacia, satisfacción del paciente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad y comodidades.

III. LA GESTION EN CALIDAD TOTAL

Es una filosofía de administración dirigida a las necesidades y expectativas de los usuarios. Inspirada por Edward Deming, cuya especialidad era la Estadística, asesoró múltiples compañías japonesas en la postguerra con el objeto de mejorar la efectividad en la producción, esta basada en:

- **Enfoque importante a los usuarios**, incluyendo no sólo a los externos sino a los internos
- **Mejoramiento continuo de los productos o servicios**: "Muy bueno no es suficiente".
- **Mejoramiento en la calidad** de todo los niveles de la organización.
- **Medición acusiosa** usando técnicas estadísticas para la medición de cada variable.
- **Mayor capacidad de gestión** a las unidades operativas. (Empowerment).

Sobre la base de estas premisas Deming desarrolló un programa de 14 puntos para transformar las organizaciones:

- 1) Planificación a largo plazo, no para el mes ni el año siguiente (Visión de futuro)
- 2) Nunca estar conforme con la calidad de los productos. (Mejoramiento continuo)
- 3) Control estadístico sobre el proceso de producción y que los proveedores lo hagan también.
- 4) Pocos números de proveedores, si es uno mejor.
- 5) Averiguar si los problemas están circunscritos a una área en particular del proceso de producción o se genera en todo el proceso (Espina de pescado de Ishikawa)
- 6) Capacitación de los trabajadores en las áreas que laboran.
- 7) Mejorar la calidad en el nivel de supervisores (liderazgo).
- 8) Desterrar temores.
- 9) Estimular a que los departamentos trabajen intimamente mas bien que concentrarse en distinciones de departamentos o divisiones (Transversalidad)
- 10) No quedarse corto en metas numéricas, incluyendo la meta de "defecto cero"
- 11) Requiere que los trabajadores hagan un trabajo de calidad.
- 12) Entrenamiento a los empleados sobre métodos estadísticos.
- 13) Entrenamiento a los empleados sobre nuevas destrezas a medida que se requieran.
- 14) Hacer que los niveles superiores sean responsables de la implementación de estas medidas.

IV. LA ORGANIZACION Y LOS ELEMENTOS DE CALIDAD TOTAL

En la actualidad gran parte de las organizaciones han incorporado la filosofía de la **Calidad Total** como modelo de gestión, a través del mejoramiento continuo de la **calidad de los productos y servicios** que superen las expectativas de los usuarios, con disminución de costos (accesibilidad económica), **desarrollo** institucional y de las personas, **compromiso** con proveedores, dependencia íntima con el medio a través de una **Planificación Estratégica** con **Visiones** claras, amplias y compartidas, **Misión** definida, aprovechando las oportunidades del entorno y mejorando las debilidades de la organización. **Innovación** en todos los sentidos (organización, procesos, productos, suministros, etc), **capacitación, motivación e involucramiento** del personal, **liderazgos** preparados y comprometidos que coordinan grupos de trabajo, **comunicaciones** expeditas en todo sentido, **orientaciones o pautas** (estándares) escritas ampliamente conocidas, **mediciones** de las diferentes salidas (outputs) con el objeto de hacer **evaluaciones periódicas** y objetivar las tomas decisiones (**mejoramiento continuo**), **imagen corporativa institucional** sustentada en convicciones, creencias y valores de las personas basadas en el **respeto, la confianza y fe mutua**, la **interdependencia** y la **semiformalidad jerárquica** y una **ética** que involucre a los liderazgos y personal (cada persona es un modelo de calidad), que incluye la **participación** en las decisiones y en todo tipo de ganancias y con un manejo empresarial en armonía con la **protección del ambiente**.

V. VISION

Definimos **visión** la tensión que se siente al comparar la imagen de un futuro que deseamos y la realidad actual en la que estamos inmersos. Cuando se comparte una visión, existe mayor probabilidad de compromiso de las personas para lograr cambios y no inhibirse por la influencia del estado de las cosas del momento. Compartir una visión es una de las mejores formas de trabajo en equipo. La visión es la que determina el éxito o el fracaso, porque es un viaje mental que emplea la intuición y la lógica analítica. Una visión tiene un sentido claro de la misión, que es la mejor atención al paciente y de las estrategias para conseguir las metas. Desde el punto de vista del personal, se requiere persistencia, autoestima, compromiso con la excelencia y con los logros paso a paso. La visión debe ser amplia, detallada, sin metas numéricas, generadas por líderes y compartidas, aceptadas y apoyadas por la comunidad

VI MISIÓN

Es el propósito de la organización y responde a la pregunta: ¿En que negocio(s) estamos?. El definir la Misión obliga a identificar cuidadosamente el espectro de sus productos o servicios.

La misión de los Servicios de Salud es otorgar atención a las personas de la mas alta calidad en los aspectos psíquicos, físicos y sociales con la satisfacción plena de sus necesidades de salud, a través de equipos profesionales de la mas alta preparación, en los diferentes niveles de complejidad del sistema tanto abierto como cerrado.

VII. LOS VALORES

(Tomado de un anónimo de Internet)

Un bello mensaje, ojalá les sirva.....

Un experto asesor de empresas en Gestión del Tiempo quiso sorprender a los asistentes a su conferencia.

Sacó de debajo del escritorio un frasco grande de boca ancha. Lo colocó sobre la mesa, junto a una bandeja con piedras del tamaño de un puño y preguntó:

- ¿Cuántas piedras piensan que caben en el frasco?

Después de que los asistentes hicieran sus conjeturas, empezó a meter piedras hasta que llenó el frasco. Luego preguntó:

- ¿Está lleno?

Todo el mundo lo miró y asintió. Entonces sacó de debajo de la mesa un cubo con gravilla. Metió parte de la gravilla en el frasco y lo agitó.

Las piedrecillas penetraron por los espacios que dejaban las piedras grandes. El experto sonrió con ironía y repitió:

- ¿Está lleno?

Esta vez los oyentes dudaron: Tal vez no.

- ¡Bien!.

Y puso en la mesa un cubo con arena que comenzó a volcar en el frasco.

La arena se filtraba en los pequeños recovecos que dejaban las piedras y la grava.

-¿Está lleno? preguntó de nuevo.

- No!, exclamaron los asistentes.

- Bien, dijo, y cogió una jarra de agua de un litro que comenzó a verter en el frasco. El frasco aún no rebosaba.

- Bueno, ¿que hemos demostrado?, preguntó.

Un alumno respondió:

- Que no importa lo llena que este tu agenda, si lo intentas, siempre puedes hacer que quepan más cosas.

- ¡No!, concluyó el experto: lo que esta lección nos enseña es que si no colocas las piedras grandes primero, nunca podrás colocarlas después.

- ¿Cuáles son las grandes piedras en tu vida ?. Tu vocación, tus hijos,tus amigos, tus sueños, tu salud, la persona amada, respeto a la dignidad de las personas, solidaridad, libertad de opinión.

- Recuerda, ponlas primero. El resto encontrará su lugar.

VIII. EL HOSPITAL ORIENTADO A LAS PERSONAS

En la actualidad los servicios de salud no están marginados de los fenómenos económicos del medio en el cual están insertos, las organizaciones de salud se ven enfrentadas a incorporar nuevos modelos de gestión, donde las variables como autofinanciamiento, contención de costos, mejoramiento de la calidad y competitividad cada vez cobran mayor relevancia.

Los hospitales en general enfrentan en la actualidad el gran desafío de incorporar estos nuevos conceptos con el objeto de resolver los problemas generados por las necesidades de financiamiento y la competitividad.

Este fenómeno plantea una redefinición, entre otras, de la clásica relación médico-paciente incorporando un concepto mucho mas amplio, cual es la relación entre profesionales (proveedores) y personas (usuarios)

A. Características de las personas

Las personas que asisten a los servicios de salud constituyen un grupo muy particular: algunos por la condición de enfermo están comprometidas emocionalmente, con baja autoestima, con la incertidumbre de un diagnóstico y pronóstico, con limitaciones físicas de varios tipos (sensoriales, deambulación, estéticas, etc) o sufriendo alguna sensación dolorosa que requiere una analgesia pronta. Estas personas enfrentan, a veces, a un servicio asistencial sin haber tenido contacto previo con él, de manera que todo es experiencia nueva al constituirse como protagonista.

A menudo no asiste sólo, sino que acompañado por otras personas (familiares cercanos), también comprometidos emocionalmente. Estos familiares experimentan una serie de manifestaciones psicológicas que están en directa relación con la gravedad del paciente, sus posibilidades de autocuidado, el grado de relación familiar, etc. En este caso el grupo familiar acompañante pasa a constituirse como personas de contacto indirecto, para los cuales el Hospital debe desplegar la misma preocupación que para el paciente y además constituyen potenciales consultantes.

B. Las acciones de salud

Los servicios otorgados por las Instituciones de Salud particularmente los hospitales poseen las siguientes particularidades:

- **Multiplicidad de acciones:** Los servicios pueden corresponder a hospitalizaciones, procedimientos, exámenes, consultas ambulatorias, interconsultas y todas ellas muy diferenciadas de acuerdo a cada una de las especialidades.
- **La composición de cada acción es compleja,** están involucrados todos los estamentos de recursos humanos ya sea de manera directa en la atención de las personas o indirecta a través de las actividades realizadas por Unidades de apoyo (Alimentación, farmacia, lavandería, ropería, administración, cuentas, etc). Participan también en su composición los recursos físicos y financieros de la institución. En la hospitalización de una paciente obstétrica participan directamente alrededor de treinta personas diferentes durante una estadía promedio de 3 días.
- **Existe escaso conocimiento sobre las necesidades reales de las personas.** Clásicamente los servicios de salud han programado sus acciones basándose en aspectos cuantitativos y midiendo sus efectos en indicadores, esto es bajo un modelo paternalista en donde el conocimiento médico decide lo que es mejor para la persona que consulta, el mayor conocimiento sobre aspectos psicológicos

del ser humano determinan que las tendencias actuales planteen un mayor protagonismo por parte de las personas en el manejo de su patología.

La complejidad de las actividades de un hospital con una gran cantidad de variables comprometidas conlleva dificultades tanto para precisar los costos de las acciones como para mejorar la calidad de las mismas. A esto se suma la necesidad de mejorar el conocimiento sobre las aspiraciones del paciente que van mucho más allá que la simple mejoría de su estado de salud.

Concepto de usuarios internos. El hospital está constituido por numerosos servicios y departamentos, todos interdependientes, de manera que las personas son a su vez usuarios y proveedores en la relación de un servicio y otro. Jugando el mismo papel en la entrega de servicios los costos, la eficiencia, la calidad y la satisfacción.

La calidad de la atención de las personas en un hospital está basada en 5 pilares fundamentales todos ellos de igual relevancia:

- a. **La eficiencia administrativa del hospital.** Constituye toda la complejidad de acciones directas e indirectas por parte de sus funcionarios como los procesos administrativos relacionados con la atención y que influyen en el grado de satisfacción del consultante por cuanto cada subsistema en un hospital constituye parte del todo.
- b. **Las normas técnicas relacionadas con la atención y procedimientos aplicados a las personas,** Ello implica el nivel de conocimiento y habilidades de los profesionales para aplicar todas las técnicas diagnósticas y terapéuticas. Por otra parte participa en este rubro toda la infraestructura tecnológica para desarrollar las acciones.
- c. **La aplicación de la normativa ética y legal** por parte de los profesionales, a este respecto existen varias normativas legales en el Código Civil y Penal en relación a la responsabilidad profesional como también una constante preocupación tanto nacional como internacional, concretada a través de numerosos códigos de ética que abarcan numerosos campos del actuar profesional.
 - Código de Ética del Colegio Médico de Chile.
 - Moción que condena la discriminación
 - Código de Nuremberg: Normas éticas sobre la experimentación en seres humanos. 1947.
 - Declaración de Helsinki: Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos.
 - Derechos del niño hospitalizado.
 - Postulados de Epifetz: Derechos de los padres a conocer los problemas médicos de los niños.
 - Declaración de los médicos de Francia: Respeto a la vida humana.

- Terapéutica fetal: (Academia Americana de Pediatría)
 - Declaración de Lisboa: Los derechos del paciente.
 - Postulados sobre el uso de la computadora en Medicina.
- d. **Conocimiento de las necesidades de las personas.** A este respecto existe actualmente una mayor preocupación por explorar y mejorar el conocimiento sobre las necesidades reales de los sujetos que solicitan asistencia con el objeto de brindarle una mayor satisfacción y ser mas competitivo en la atracción de consultantes potenciales. El concepto de "Humanización de la Atención" a través de la personalización, apunta a la plena satisfacción de las necesidades de salud y afecto de las personas.
- Desde hace algunas decadas el creciente conocimiento en el área de la neurofisiología del comportamiento subraya la importancia que tiene en el desarrollo humano las características del cuidado médico en el período perinatal. Este conocimiento permite construir un modelo para la implementación de programas de calidad basados en la satisfacción de la mujer.
- La formación de la pareja, el embarazo, el parto y la lactancia constituyen hitos fisiológicos importantes en la formación de los vínculos afectivos para los seres humanos. El papel de los servicios de salud es identificarlos y crear modelos de atención concordantes, con el objeto de proteger al máximo los fenómenos fisiológicos involucrados, en la medida que esta orientación se concrete se estará participando en la creación de núcleos familiares sanos y por ende, en la prevención de todas aquellas patologías que preocupan actualmente a nuestra sociedad. (Violencia intrafamiliar y maltrato infantil entre otras)
- Por otra parte, el proceso reproductivo está fuertemente relacionado con el apoyo emocional a la madre brindado en cada una de sus etapas y según las investigaciones mas modernas han disminuido el intervencionismo experimentado actualmente en la obstetricia.
- e. **Sistema de Información para mejorar la evaluación y la toma de decisiones.** El mejoramiento de la calidad requiere de una buena información basado en su confiabilidad, validez y oportunidad con el objeto de hacer mas racionales y objetivas la toma de decisiones en los diferentes niveles de autoridad. A este respecto, es necesario la implementación de sistemas de retroalimentación para medir el grado de satisfacción de las personas en relación al servicio otorgado.

IX. PROPOSICION DE UNA VISION PARA LA HUMANIZACION DE LA ATENCION OBSTÉTRICA Y NEONATAL

Los Servicios de Obstetricia y Ginecología concientes del papel que deben desempeñar para contribuir a la generación de individuos sanos y por ende una

sociedad sana, aspiran a la orientar sus servicios a la satisfacción plena de las necesidades de salud a la mujer, la pareja humana y el grupo familiar, en los aspectos físicos, psíquicos y sociales, a través de una atención mas humanitaria integrada al desarrollo tecnológico alcanzado, definiendo la misión en la atención integral de la mujer y su entorno familiar principalmente en el momento del proceso reproductivo, a través de estrategias de involucramiento del padre (paternidad compartida), orientación en sexualidad y apoyo emocional, incluyendo además, elementos básicos de terapia familiar y derivación en los problemas mas complejos.

Los servicios deben incluir actividades a la madre relacionadas con el apego antenatal y estimulación fetal.

Las acciones son ejercidas en forma personalizada por equipos multiprofesionales comprometidos con sus funciones y con la Institución, apoyando a la pareja en cada una de sus acciones y ofreciendo en el momento del parto apoyo emocional en conjunto con todas las alternativas de un parto natural complementadas con las tecnologías mas complejas si son requeridas y en donde la madre cumpla un papel protagónico en este proceso.

Producido el parto, con el padre presente en un ambiente de privacidad y con cualquier otra compañía que la madre desee, se estimula el contacto precoz y la lactancia bajo la supervisión del equipo de salud en un ambiente de intimidad. La estadía en puerperio se realiza conjuntamente con el recién nacido por un período mínimo de 72 hrs, recibiendo apoyo en técnicas de lactancia y cuidados del niño.

Estas acciones son desarrolladas en un ambiente de tranquilidad laboral, participativo en todas las instancias y comprometidos con el mejoramiento continuo de las acciones con políticas, pautas y funciones pre establecidas en todos los niveles con estímulo al personal en la capacitación, innovación y al aumento de la productividad.

Referencias Bibliográficas:

1. Robbins. Stephen P. "Management" Prentice Hall. 1994
2. Ouchi. W. Teoría Z. Como pueden las empresas hacer frente al desafío japonés. Ediciones Orbis S.A. Hyapamérica ediciones argentinas. 1982.
3. Muñoz H., Calidad Total aplicada a la Atención Perinatal. XIV Jornadas de Perinatología y Ginecología. Dpto. de Obstetricia y Ginecología. 1996.
4. Muñoz H., Marín G. Introducción a la Calidad Total. Mimeo. Escuela de Salud Pública. 1998.
5. Muñoz H., Reseña de la Evolución Histórica de la Administración desde Moisés a Deming. Escuela de Salud Pública. Mimeo. 1999.

PATERNIDAD COMPARTIDA: UNA ESTRATEGIA EN DESARROLLO EN EL SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

*María Angélica Fernández Venegas
Matrona: Encargada del Programa de Salud de la Mujer
Encargada del Programa de Salud del Adolescente
Servicio de Salud Viña del mar-Quillota, V Región, Chile.*

Tradicionalmente los modelos de atención de Salud en nuestro país han sido asistencialistas y con un enfoque biomédico haciéndose más evidente, en la atención del proceso reproductivo en donde carecía de un enfoque biopsicosocial e integrador.

A contar de 1995, la presencia del padre en el proceso de gestación, nacimiento, post parto y cuidados del recién nacido se ha ido incorporando paulatinamente en el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, dentro de los establecimientos del sistema público del de salud.

Si nos remontamos al pasado, este proceso era privativo solo de la mujer el cual se manifestaba en una interacción solamente del binomio madre - hijo, marginando a su pareja y/o padre de este evento tan trascendental que representa la formación de la familia. Pero hoy día, nos encontramos ante un cambio de modelo, en una nueva concepción del proceso reproductivo, en una atención integral donde consideramos a la mujer como persona en su globalidad, o sea, en su aspecto biopsicosocial, en donde el equipo de salud también ha integrado sus pensamientos y acciones para ir desarrollando diversas iniciativas para humanizar la atención en el proceso reproductivo y promover la afectividad en la familia. Una de estas iniciativas es hacer de este proceso un evento compartido entre padre, madre e hijo/a, el cual el comienzo temprano de esta interacción juega un rol fundamental en la creación de un lazo afectivo permanente y profundo entre ellos, complementándose además con acciones orientadas a fortalecer vínculos entre la pareja y hacia sus hijos/as.

El padre, en este nuevo escenario, pasa de un rol pasivo a cumplir un rol activo integrándose, desde la gestación en forma optativa, a las actividades que lo conducirán a adquirir información del proceso reproductivo través del equipo de salud, mediante la asistencia a Talleres educativos y vivenciales, participando activamente del proceso del embarazo y a la vez estimulando y favoreciendo junto a su pareja, el desarrollo psicoafectivo del feto. Superando las antiguas normas hospitalarias del sistema en las cuales se relegaba al padre a esperar el nacimiento fuera de la Maternidad, alejado de su pareja, nos encontramos con la apertura de

los proveedores de salud hacia un nacimiento mas humano, favoreciendo condiciones armoniosas para este evento y, con un padre informado y motivado, el cual acompaña, apoya y participa con su pareja del proceso reproductivo.

El carácter innovativo del modelo de Paternidad Compartida, ha requerido de cambios que, en las relaciones humanas pasa por un proceso psíquico y espiritual, hondo, que nos afecta a todos, a hombres y mujeres, siendo un cambio cultural en donde la aparición de síntomas de resistencia al cambio, es un suceso natural e inevitable frente a nuevos desafíos.

Estos cambios se han agrupado en tres ejes fundamentales:

Estructural: Adaptaciones estructurales que los diferentes establecimientos han ido realizado de acuerdo a sus posibilidades, como la planta física, los recursos humanos.

Organizacional: Sensibilización del equipo de salud, reflexión interna del equipo de salud reconociendo los aportes específicos de cada uno de ellos / as, redefinición del rol y quehacer profesional ante el nuevo paradigma en donde los proveedores de salud han afrontado el desafío de considerar formas de incluir a la pareja en las actividades del Programa de Salud de la Mujer y, readaptación del funcionamiento en los establecimientos en los cuales se desarrollan programas y proyectos de Paternidad Compartida.

Asistencial y de la comunidad: La atención se hace cada vez mas personalizada realizándose en condiciones favorables, establecimiento de relaciones estables entre agentes de salud y comunidad, la atención que se proporciona incluye la promoción de actitudes de autocuidado, la pareja se siente satisfecha con la calidez de la atención brindada.

Esta apertura humanizadora, representa una invitación a la creatividad por parte de los equipos de salud como también una oportunidad real de invitar a la pareja para hacer del proceso reproductivo un evento activo y compartido entre ellos junto a su hijo/a.

INICIATIVAS DE PATERNIDAD COMPARTIDA EN EL SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA, V REGION, CHILE

En la V Región de Chile, existen tres Servicios de Salud, siendo el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota el más extenso y el que concentra mayor cantidad de población (la población beneficiaria según per cápita, estimada al 30 de junio 2000 corresponde a 601.150 personas). Este Servicio comprende cuatro áreas territoriales: Viña del Mar, Quilpué, Quillota y Petorca.

Dentro de los establecimientos de la red asistencial del Servicio, la estrategia de Paternidad Compartida y Humanización de la atención en el proceso reproductivo ha alcanzado diferentes grados de desarrollo.

PROGRAMAS Y PROYECTOS DE PATERNIDAD COMPARTIDA

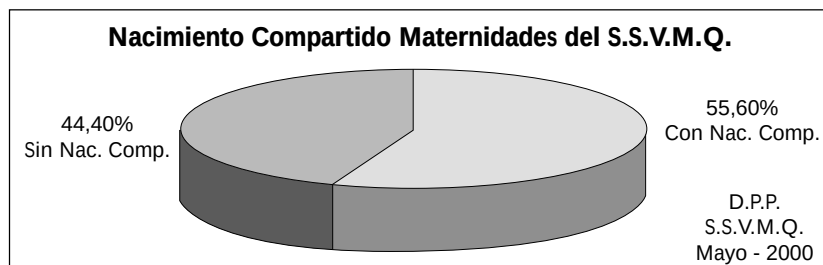
AREA	HOSPITALES S.S.V.M.Q.	MATERNIDAD	A.P.S.
VIÑA DEL MAR. Comunas: Viña del Mar Con Cón Quintero Puchuncaví Población beneficiaria estimada al 30 de Junio 2.000 (según per cápita): 219.532 personas.	- Hospital Dr. G. Fricke. - Establecimiento tipo 1. - N° de partos año 1999: 3.7261. - Hospital de Quintero. - Establecimiento tipo 4. - N° de partos año 1999: 201	Maternidad Hospital Dr. G. Fricke. Proyecto: "Atención Humanizada del parto". Inicio: Julio 1997. Objetivo: Mejorar la relación y los lazos afectivos y de comunicación de la familia a través de la experiencia de acompañar a su mujer durante el nacimiento de su hijo. Maternidad Hospital de Quintero: Sin programa estructurado de Paternidad Compartida.	Iniciativa desarrollada en establecimientos administrados por la Corporación de Salud Municipal de la comuna de Viña del Mar. 1998: "Proyecto Paternidad Compartida, una estrategia para promover relaciones humanas saludables". - Se enmarca dentro de los proyectos PROMOS- MINSAL. - 57% de los Cons. Corporizados participan de este proyecto (4 de 7). 1999: Se da continuidad al proyecto año 1998. - Participa el 100% de los Cons. Corporizados. Se incorporan 2 Cons. del S.S. y profesores de 4 escuelas municipalizadas. - Metodología: Talleres educativos, vivenciales y participativos en horario vespertino. Al finalizar el Taller la pareja recibe un carne el cual permite al padre asistir y participar del nacimiento de su hijo en el Hosp. G. Fricke.

			2000: Proyecto "Crianza Compartida, estrategia de promoción de estilos de vida saludables", en espera de financiamiento. A.P.S.: Sin desarrollo en esta área temática.
QUILPUE Comunas: Quilpué V. Alemana Población beneficiaria estimada al 30 de Junio 2000 (según per cápita): 145.026 personas.	- Hospital de Quilpué. - Establecimiento tipo 2. - N° de partos año 1999: 1.957 - Hospital Peñablanca - Establecimiento tipo 4.	Maternidad Hospital de Quilpué: Sin programa y/o proyecto de Paternidad Compartida. No posee Maternidad	A.P.S.: Sin un programa estructurado, algunos Cons. estimulan a la mujer para acudir y participar con su pareja en la actividad de control prenatal.
QUILLOTA Comunas: Olmué, Limache, Quillota, La Cruz, La Calera, Hijuelas, Nogales Población beneficiaria estimada al 30 de Junio 2000 (según per cápita): 177.923 personas.	- Hospital San Martín de Quillota. - Establecimiento tipo 2. - N° de partos año 1999: 2.551 - Hospital Santo Tomás de Limache. - Establecimiento tipo 4. - N° de partos año 1999: 346 - Hospital Geriátrico de Limache.	Maternidad Hospital San Martín de Quillota. Programa: "Paternidad Compartida" Inicio: 1996. Objetivo: Contribuir a formar el vínculo de apego y cariño entre los padres y su hijo, familiarizándolos con los cambios fisiológicos del embarazo, parto y puerperio. - 3,3% de los partos se desarrolla con la incorporación de la pareja - La puerpera tiene visita diaria de su pareja además de la visita familiar. - Coordina con los Cons. de A.P.S. para concretizar la participación del padre en el nacimiento de su hijo/a. Maternidad Hosp. Limache. Proyecto: "Humanización del proceso de embarazo, parto y puerperio. Inicio: 1997 Objetivo: Incorporar al padre en el proceso del embarazo, parto y cuidados del recién nacido.	A.P.S.: Algunos Consultorios con modelos de atención de Paternidad Compartida. - Cons. dependientes de la Corporación de Salud Municipal de Quillota. - Cons. adosado Hospital Santo Tomás de Limache. Metodología: Talleres de preparación para el Parto Compartido dirigidos a la mujer y su pareja.

**PATERNIDAD COMPARTIDA: UNA ESTRATEGIA EN DESARROLLO
EN EL SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**

	- Hospital La Calera - Establecimiento tipo 4. - N° de partos año 1999: 464	- Proyecto ejecutado en conjunto con Cons. adosado a Hospital. - Metodología: Talleres dirigidos a primigestas con su pareja. Maternidad Hosp. La Calera Sin desarrollo de programa y/o proyecto de Paternidad Compartida.	
PETORCA Comunas: La Ligua Papudo Zapallar Cabildo Petorca Población beneficiaria estimada al 30 de Junio 2000 (según per cápita): 58.669 personas.	Hospital San Agustín de La Ligua. - Establecimiento tipo 3. - N° de partos año 1999: 615 Hospital Dr. Moll de Cabildo - Establecimiento tipo 4. - N° de partos año 1999: 175 Hospital de Petorca - Establecimiento tipo 4. - N° de partos año 1999: 72	Maternidad Hosp. La Ligua. Sin desarrollo de programa y/o proyecto de Paternidad Compartida. Maternidad Hosp. de Cabildo. Proyecto: "Parto Personalizado" Inicio: 1999 Propósito: Lograr un parto personalizado en el 100% de los partos fisiológicos. - Proyecto en ejecución en conjunto con Cons. Adosado a Hosp. de Cabildo. - Involucra capacitación al equipo de salud. Maternidad Hosp. de Petorca. Desarrollo del " Programa de Preparación para el Parto". Inicio: 1995 - 50% de los partos son con acompañamiento de la pareja o un familiar desde el ingreso a Maternidad en trabajo de parto.	Ligua no existe desarrollo de iniciativas de Paternidad Compartida. - Comunas de Cabildo y Petorca: Cons. adosados ejecutan actividades de Paternidad Compartida en coordinación con las Maternidades correspondientes. Fuente Dato de

A.P.S.: En la Comuna de la
Población: Sección Estadística del S.S.V.M.Q.



Durante el proceso de cambios de modelos de atención en Salud Reproductiva, se han encontrado algunas debilidades y resistencias las cuales se han ido superando paulatinamente ya que la revalorización de la maternidad, la gestación y el nacimiento como acto humanitario, natural y espontáneo es un hecho que, el equipo de salud, día a día ha ido incorporando en su dimensión familiar y está en nuestras manos el hacer de ella una experiencia armoniosa complementada con el padre quien ha de compartirla prestando apoyo y estableciendo vínculos afectivos tempranos. Dentro de las debilidades encontradas en aquellos establecimientos que aun no han desarrollado esta iniciativa, se pueden mencionar las siguientes:

- Planta física inadecuada.
- Ausencia de un programa de capacitación para padres en algunos establecimientos de salud.
- Escasez de recursos humanos para el desarrollo de las actividades.
- Escasa motivación voluntad para el cambio por parte de algunos agentes de salud.

El desafío es continuar trabajando en forma permanente y perseverante sobre estas debilidades transformándolas en fortalezas, permitiendo así que esta apertura de humanización de la atención, nos permita seguir avanzando en una atención centrada en la familia respondiendo con calidad y calidez a las necesidades proceso reproductivo.

SÍNTESIS

Paternidad Compartida es un modelo en evolución en el S.S.V.M.Q. el cual ha implicado sensibilización, capacitación y aprendizaje, dedicación e inversión de tiempo, flexibilización de las estructuras ya establecidas con participación activa y comprometida del equipo de salud, de la mujer junto a su pareja y de la comunidad.

Un adecuado ejercicio de la Paternidad Compartida requiere de una preparación adecuada de ambos progenitores en la cual es necesario que se informen del proceso, dialoguen y reflexionen, como también adquirir los conocimientos, habilidades y experiencias necesarias. Para el desarrollo de programas y/o proyectos de Paternidad Compartida se necesita además, preparación y madurez del equipo de salud. Es algo mas que concebir y dar a luz, es algo mas que controlar el proceso de gestación; es toda una experiencia vital que afectará de manera significativa la vida familiar para lo cual es importante prepararse para asumir responsablemente este compromiso.

Elementos en torno a este compromiso:

- Clima de confianza, respeto y empatía.
- Honestidad y responsabilidad profesional.

- Comprensión física, emocional y psíquica.
- Discreción absoluta

Paternidad compartida: Una atención humanizada enfatizando la cercanía a la mujer, su pareja y su familia.

Elementos que contribuyen a promover esta cercanía:

- Reconocimiento a la dignidad de las personas: reconocer el derecho de toda persona a ser considerada valiosa.
- Respeto a la individualidad: tratar a cada persona como individuo, respetando su historia personal, sus valores, sus necesidades y aspiraciones.
- Reconocimiento a la integralidad de la persona: la persona debe ser tratada en forma integral desde el punto de vista biopsicosocial.
- Respeto a la libertad: reconocer que la mujer y su pareja informada, son personas que en forma responsable pueden tomar decisiones con relación al proceso reproductivo.
- Empatía y afecto: dos elementos que deben buscar el equilibrio en una relación proveedor de salud y usuario, estableciendo cercanía, comunicación y compromiso emocional con la mujer y su pareja sin perder la objetividad técnica.

Con la incorporación del padre al proceso reproductivo:

- Se promueve la Salud Reproductiva al hacer de este proceso una experiencia compartida.
- Se promueven las relaciones familiares saludables y afectivas al asegurar el establecimiento de un vínculo precoz entre los tres.
- El establecimiento del vínculo afectivo temprano garantiza que el niño sea amado, aceptado como persona, reciba los cuidados y estímulos adecuados disminuyendo así el maltrato infantil y el déficit del desarrollo psicomotor.
- Se concretiza la real participación de la comunidad en el cuidado de la Salud Reproductiva.
- El equipo de salud fortalece su rol y a la vez se enfrenta a un nuevo rol que no es protagónico, sino de un intermediario ante este nuevo paradigma, facilitando la expresión de los sentimientos para que estos se puedan dar con la necesaria privacidad entre los tres.
- Provoca un aprendizaje comunitario y del equipo de salud. Es una tarea compartida para la que es necesaria comprensión, valentía, paciencia, tolerancia, escucha, sabiduría, y en definitiva, mucho AMOR, ya que el amor es la energía fundamental de la vida y de las relaciones, el amor cambia el mundo, re-anima, re-hace, re-vigora, abre nuevos caminos, implica sinceridad e incluye la valiente y decidida voluntad del CAMBIO.

***"Sólo una regeneración total dela vida familiar
permitirá a la enferma humanidad resistir y
reencontrar sus facultades perdidas, la alegría de
vivir y una feliz adaptación social".***

Wilhelm Stakkel.

HUMANIZACION Y ATENCIÓN DE LA MADRE Y EL R.N.

Equipo de Salud de Los Angeles

A

CTIVIDAD: Acogida del Recién Nacido

- Permite el conocimiento mutuo entre la familia del niño y el equipo de salud encargado de la atención, conocimiento del CESFAM , normativas y los derechos y deberes de la familia como usuarios del sistema.

Actividades:

- Presentación del equipo
- Incorporación del menor a la carpeta familiar
- Control de salud del recién nacido y su madre
- Consejería en lactancia materna y paternidad responsable.
- Indicación de cuidados generales del niño y de la madre.
- Acuerdo para la visita domiciliaria.

Edad: 8 días

Recurso: Médico y Matrona.

Rendimiento: 1 hora.

ACTIVIDAD: Control de Salud en el Hogar

Definición: Se realiza en el hogar del recién nacido.

Actividades que incorpora:

- Control de salud del recién nacido y evaluación del estado de salud familiar.
- Conocimiento de los miembros de la familia y evaluación de las características del ambiente familiar.
- Aplicación de instrumentos para definir riesgo familiar y del Recién Nacido.
- Reforzar actividades orientados al cuidado del Recién nacido y a la salud familiar.
- Evaluación de lactancia materna y técnicas de amamantamiento.

Edad: 15 días.

Recurso: Enfermero, nutricionista, asistente social, psicólogo , matrona , técnico paramédico (2 prof/visita)

Tiempo: 1 hora.

Producto: registro en carpeta familiar.

"Acogiendo La Vida para la Construcción de Familias Sanas"

Objetivo: Incorporar a las embarazadas primigestas en un programa de Salud Famil-

iar que involucra activamente a su pareja y/o familia en el proceso de la gestación , de esta forma conocer el contexto familiar donde la embarazada está inserta y evaluar el clima familiar donde el Recién Nacido va a llegar y a través de este conocimiento apoyar y acompañar a la familia en la preparación de la llegada de un nuevo miembro y en la etapa del ciclo vital familiar que están viviendo.

Innovaciones en el Control Prenatal

- Control de Acogida de la Embarazada Primigesta, de su pareja y/o familia
- Participación Activa de la pareja y/o familia en el control prenatal y preparación de la llegada del Recién Nacido.
- Control prenatal por médico
- Implementación de carpeta familiar
- Diagnóstico Familiar
- Incorporación de genograma familiar a los registros.
- Visita domiciliaria Integral Familiar
- Diagnóstico de la situación de salud familiar y Preparación para cada etapa de la gestación y para el parto.

ACTIVIDAD: "Control Prenatal de Acogida"

Es el primer control que se realiza a la primigesta su pareja o familiar cercana donde se realizan acciones tendientes a crear la vinculación del CESFAM, el equipo y la embarazada y su pareja y/o familia y las actividades que se realizan son:

- A) Presentación del equipo a cergo
- B) Implementación de la carpeta familiar
- C) Diagnóstico Familiar: Antecedentes familiares importantes con quien vive, estado civil, redes de apoyo, vínculos, genograma, etc)
- D) Presentación del personal del CESFAM, visitas por las dependencias.
- E) Exámen médico: Exámen clínico de evaluación funcional.
- F) Atención Obstétrica
- G) Educación.

"Control Prenatal de Acogida"

Involucra trabajo en equipo, conocimiento de la embarazada y de su familia, trabajo educativo, acompañamiento y asegurar la continuidad de la atención.

Población Beneficiaria: 70 primigestas

Recurso: matrona, psicóloga, médico, asistente social, nutricionista .

Rendimiento: 2xHora.

Visita Domiciliaria Integral Familiar en el hogar de la Embarazada Primigesta.

Es la visita al hogar de la embarazada con la finalidad de conocer a la familia, evaluar el medio familiar, social, y ambiental que la rodea.

Actividades:

- a) Diagnóstico Familiar
- b) Evaluación riesgo biosicosocial de la familia
- c) Evaluación situación legal, previsional, habitacional de la familia.
- d) Preparación de la vivienda para la llegada del Recién Nacido.
- e) Evaluación obstétrica de la embarazada.
- e) Pesquisa de riesgo de salud en los integrantes de la familia
- f) Referencia al CESFAM en caso necesario.

"Visita Domiciliaria Integral"

Requiere de:

- a) Equipo Multidisciplinario y transdisciplinario.
- b) CESFAM como una red de apoyo permanente
- c) Concertar esta actividad en el primer control prenatal.
- d) Realizar intervenciones en crisis si es necesario.

Recursos: Matrona, Psicóloga, Asistente Social, Nutricionista.

Rendimiento: 1 x Hora ("2 profesionales)

Control Prenatal en un Modelo de Salud Familiar

Objetivo: incorporar a la familia de manera integral al proceso de gestación para que se haga parte de este suceso humano y asuma la responsabilidad de todos los procesos de salud y enfermedad que ocurren al interior de ella. Durante el control se irán articulando redes de apoyo a la familia, se identificarán los recursos propios con que cuenta para que la recepción del nuevo miembro sea tranquila, segura y feliz.

Actividades del Control Prenatal en un modelo de salud familiar.

- Control obstétrico con pareja o familiar cercano
- Preparación de la familia para la comprensión de las diferentes etapas de la gestación
- Educación de acuerdo a las etapas que viven.
- Preparación de la pareja para el parto.
- Referencia en caso necesario.

Recurso: Matrona, Médico

Rendimiento: 2 x Hora

DESARROLLO INTEGRAL Y PSICOSOCIAL DEL MENOR DE SEIS AÑOS

*Servicio de Salud Metropolitano Sur - Oriente
Dra. Alejandra Cerón C., Enf. Luisa Ahumada T,
Dra. Ana Valdés P., T.O. Sra. Daniela Castro D.*

E

I presente documento está organizado en tres partes:

1. Antecedentes del Proyecto
2. Investigación realizada
3. Experiencia Local

1. ANTECEDENTES

En 1996, el Ministerio de Salud incluyó en los compromisos de gestión de los Servicios de Salud la puesta en marcha de un Proyecto destinado a enfatizar el Desarrollo Integral y Psicosocial del Menor de Seis Años, que considerara las áreas de Salud Bucal, Infecciones Respiratorias Agudas, Desarrollo Psicomotor, Salud Mental, Maltrato Infantil, Nutrición, Traumatismos y Accidentes, con el propósito de contribuir a la máxima expresión de las potencialidades de los niños y niñas, colaborando así en el Esfuerzo Nacional de Superación de la Pobreza.

Para dar cumplimiento a esta tarea, en nuestro Servicio, que abarca las comunas de Puente Alto, La Florida, La Granja, San Ramón, La Pintana, Pirque y San José de Maipo, se constituyó un equipo conformado por:

- Dra. Alejandra Cerón C., Médico Pediatra. Encargada del Programa de Salud del Niño, D.P.G., S.S.M.S.O.
- Luisa Ahumada T., Enfermera Asesora. D.P.G., S.S.M.S.O.
- Dra. Ana Valdés P., Médico Psiquiatra Infantil. Contratada para el Proyecto.
- Daniela Castro D., Terapeuta Ocupacional. Contratada para el Proyecto.

A nivel operacional, el objetivo ha sido lograr que cada equipo de salud pediátrico diseñe su propio plan de acción local, de acuerdo a sus necesidades y recursos. Para ello, se ha realizado capacitación tanto en temas dirigidos al cuidado y atención de los niños (Desarrollo Integral, Neurología y Salud Mental, Maltrato Infantil, Malnutrición por Exceso), así como a la mejoría de la calidad del trabajo (Autoestima, Creatividad, Manejo de Stress, Trabajo en Equipo, Planificación Estratégica, Autocuidado). Además, se elabora el "**Manual de Desarrollo Integral del Niño Menor de Seis Años**", texto de apoyo que incluye los contenidos básicos de cada una de las áreas correspondientes, distribuyéndose en todos los establecimientos de Atención Primaria del Servicio.

Además, se ha contado con supervisión técnica en terreno en forma permanente, tanto para capacitar como para coordinar y entregar material educativo. Esto ha permitido que los equipos implementen una serie de acciones de cuidado de la salud, así como una innovadora visión en el trabajo diario, con proyectos e iniciativas locales en desarrollo, con alentadores resultados. Destaca el incremento en el número de controles de salud que incorporan los distintos temas del Desarrollo Integral, por medio de diversas actividades educativas grupales y entrega de material relacionado.

RESUMEN ACTIVIDADES REALIZADAS EN CONSULTORIOS DEL S.S.M.S.O.

Año 1999

Comunas S.S.M.S.O.	Actividades
Puente Alto	Estimulación en Sala de Espera Taller Desarrollo Personal madres Prevención Abuso Sexual en Jardines Fomento Lactancia Materna Coordinación colegios (accidentes)
La Florida	Centros de Estimulación Temprana Control de Salud Modificado Gimnasia a Malnutrición por exceso Pesquisa Hipertensión Arterial Uso adaptado tarjeta M. Infantil
La Granja	Semana del Desarrollo Integral Red comunal de Maltrato Infantil Promoción Estilos de Vida Saludables Coordinación con Jardines y Colegios Control Odontológico periódico
San Ramón	Fortalecimiento Trabajo en Equipo Taller "Orientando la Agresividad" Equipo comunal Maltrato Infantil Red de Salud Mental de San Ramón Coordinación con colegios
La Pintana	Clínicas de Estimulación DSM Evaluación DSM en la comunidad Control grupal (Desarrollo Integral) Capacitación a Ed. de Párvulos Abordaje Maltrato y Negligencia
Pirque	Capacitar personal/ primigestas (IRA) Talleres de sexualidad en colegios Coordinación con Jardines Infantiles Norma interna de control accidentes Cobertura dental, todos sobre 2 años
San José de Maipo	Manual Estimulación 0-3 años (gratis) Capacitación en colegios Implementación "kioscos saludables" Estableciendo tarjetero M. Infantil Ortodoncia desde año 2000

Dado el trabajo realizado, se le consideró como un aporte para la elaboración del documento **"Orientaciones para el Diseño de un Plan Comunal para el Desarrollo Integral de los Niños y Niñas"** del Ministerio de Salud en 1998.

Por otra parte, se llevó a cabo la investigación **"Sabiduría Natural acerca de Resiliencia en Madres de Menores de Seis Años"**, aplicándose 457 encuestas en los 22 establecimientos de Atención Primaria del Servicio, presentando sus resultados en los Congresos Chilenos de Psiquiatría, Pediatría, Psiquiatría y Neurología Infantil (Premio *Mención Honrosa* en este último) del año 1999. Esta ha sido considerada una iniciativa pionera y con estimulantes resultados (que se detallan más adelante), sirviendo como base para seguir implementando más y mejores acciones de promoción y prevención en salud, de acuerdo a los conocimientos, creencias y necesidades de la población.

Este Proyecto también ha conseguido proyectarse más allá de sus objetivos iniciales, participando actualmente en la conformación de una **Red por la Infancia**, instancia de coordinación intersectorial propuesta por UNICEF, que busca optimizar recursos y ampliar el impacto de las acciones en pro de los niños y niñas. Además, se ha invitado a mostrar la experiencia este Seminario, organizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud.

2. INVESTIGACION: "SABIDURIA NATURAL ACERCA DE RESILIENCIA EN MADRES DE MENORES DE SEIS AÑOS, SSMO".

Se incluye abstract y principales tablas resúmenes.

Introducción: Resiliencia es la cualidad individual que hace a las personas ser capaces de afrontar y salir fortalecidas de las situaciones adversas.

Objetivo: Conocer los conceptos de resiliencia que manejan las madres de menores de seis años en el S.S.M.S.O., cuya población es especialmente vulnerable ante los factores de riesgo social.

Metodología: Estudio cuantitativo y cualitativo: Dos grupos focales, 457 encuestas a madres que concurren a control de salud. Edad promedio 28,6 años; escolaridad 9,9 años promedio.

Resultados: Los factores protectores más importantes son: buenos principios morales (98,9%), buena salud (97,9%) y la familia unida (97,7%). También se consideraron las acciones de salud recibidas y las necesidades de capacitación de las madres.

Conclusiones: Se detecta gran concordancia entre la sabiduría natural expresada por las madres y los conceptos teóricos. No hay diferencias significativas entre los grupos estudiados (separados por residencia, escolaridad materna, situación del padre en relación al hijo y presencia de enfermedad crónica).

(Palabras claves: Resiliencia, Madres, Sabiduría Natural)

Tabla: Importancia de los Factores Protectores

Este listado es presentado a las madres, debiendo ellas indicar si estos eran o no importantes en el desarrollo futuro de sus hijos

Factor	Si (%)	No (%)	No Sé (%)
Ser constante y responsable	96,5	0,7	2,8
Tener buena salud	97,9	0,9	1,2
Ser capaz de cuidar de sí mismo	91,6	5,5	3,0
Aceptarse tal como es y confiar en sus capacidades	96,0	2,1	1,9
No ser muy influenciado por otros	51,2	41,4	7,5
Aceptar que las cosas no siempre resultan como uno quiere	89,3	7,6	3,2
Tener mucho dinero	4,7	88,1	7,2
Tener escolaridad completa	90,4	7,7	1,9
Tener buenos amigos	90,1	6,9	3,0
Ser capaz de inventar cosas o situaciones nuevas	88,9	5,2	5,9
Tener buenos principios morales, saber lo que está bien o mal, y elegir el bien	98,9	0,9	0,2
Ser optimista, tener sentido del humor, pensar en positivo	97,4	1,0	1,7

Tabla: Valoración que las madres otorgan a las distintas actividades que podrían recibir en el Centro de Salud

(Porcentaje de categorías Importante y Muy Importante)

Actividad	Valoración
Talleres para los hijos	95,9%
Talleres para las madres	93,2%
Más tiempo de atención	92,2%
Charlas	91,3%
Folletos	69,9%
Carteles murales	67,0%

Tabla: Calificación de las actividades recibidas en el Centro de Salud

(Escala de Notas de 1 a 7)

Actividad	Calificación
Vacunación	6,70
Control de salud	6,51
Entrega de leche	6,28
Atención por médico	5,98
Educación grupal	5,89

3. EXPERIENCIA LOCAL:

a) Centro de Salud Familiar El Roble, La Pintana

Este CSF atiende a las personas que viven en el cuadrante formado por las calles Venancia Leiva, San Francisco, Observatorio y Santa Rosa. Está organizado en tres equipos de atención, que cubren sectores asignados. Cada uno cuenta con dos médicos generales del adulto, dos médicos generales del niño, una nutricionista, una enfermera, y una asistente social. Tienen un rol orientador, controlador y de proponer normas básicas.

El control de salud del niño se ha organizado dentro de la semana, logrando una óptima calendarización y optimización de los recursos, de la siguiente manera:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
2 y 3 meses Lactancia	4 y 6 meses 4 y 6 meses	9 y 12 meses 9 y 12 meses	15,18,21 ms. 15,18,21 ms.	24 y 48 ms. 24 y 48 ms.

El control de salud modificado considera además unidades educativas específicas:

15 días	Lactancia
1 mes	Control sano e Infecciones Respiratorias Agudas
2 meses	Vacuna
3 meses	Desarrollo Psicomotor, estimulación temprana
4 meses	Negligencia, desarrollo del niño
5 meses	Control odontológico del niño sano
6 meses	Alimentación, malnutrición por déficit y exceso
9 meses	Control sano y prevención de accidentes
12 meses	Control sano, Desarrollo Psicomotor
15 meses	Control sano
18 meses	Control sano, hábitos de higiene
21 meses	Control sano
24 meses	Control sano, maltrato infantil
48 meses	Control sano, salud oral

Actualmente se está haciendo un seguimiento de cohorte desde los ingresos desde 15 de abril del año pasado en adelante, para compararlos con los antiguos. Indicadores a los 12 meses y así sucesivamente: lactancia, episodios de IRA en el año, negligencia, estado nutricional, PAI, asistencia. Además se ha presentado el Proyecto FONDECYT acerca de visita domiciliaria con monitorea y auxiliar para control modificado a madres adolescentes en riesgo.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO A MENORES. DELITOS SEXUALES

*Dr. David Montoya Squifi
Obstetra Medicina Legal, Depto. Obstetricia y Ginecología
Hospital Clínico, Universidad de Chile*

ANTECEDENTES.

La Medicina Legal tiene mucha relación con la gineco-obstetricia no solamente en Chile sino en el mundo entero, el fundador del Servicio Médico Legal fue un ginecólogo y hasta hace poco, un ginecólogo era jefe de Tanatología, el doctor José Luis Vásquez. En la actualidad tenemos un grupo de ginecólogos destacados en Medicina Legal, de manera que la relación es evidente.

Quiero compartir con uds. la vivencia de 26 años en Medicina Legal, específicamente sobre violencia intrafamiliar y terminar con ginecología relacionada con los delitos sexuales, la temática mas importante, que está absolutamente de moda y que es la parte mas negativa de este tema y además su importancia reside en la existencia de una nueva Ley de Delitos Sexuales que nos compromete y compromete a todos los servicios hospitalarios, es importante conocerla y saberla, desgraciadamente en un 80% tiene relación directa con los niños.

La violencia es tan antigua como la humanidad, con ella misma nació la violencia. Explorar la violencia intrafamiliar significa introducirnos en el núcleo básico de cualquier sociedad cual es la familia, el establecer una familia sana es tratar absolutamente de prevenir la violencia en el mundo entero, puesto que de ahí se genera sus primeros pasos.

Desgraciadamente poca importancia se le ha dado, solamente en el último tiempo nace una ley de violencia intrafamiliar (marzo 1994). El tema de la violencia intrafamiliar es absolutamente multifactorial comprometiendo su aplicación a una serie de instituciones: Ministerio de Salud, Educación, Justicia, Sernam, Jardines Infantiles, Municipalidades, etc. Además se requerirá mucho tiempo para la aplicación de los planes preventivos, que suenan muy hermosos, pero que pasa por el tema de la Salud Mental que en nuestro medio se reconoce muy poco y que desempeña un papel importante en la génesis de la violencia y su desarrollo.

DEFINICIÓN

- La Ley 1935 entiende por acto de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la salud física, psíquica y sexual y que aún cuando la víctima sea mayor de edad

tenga respecto al ofensor la calidad de ascendiente, cónyuge o conviviente o siendo menor de edad o discapacitado, descendiente, adoptado o pupilo colateral sanguíneo hasta en cuarto grado inclusive o esté bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar y vive bajo un mismo techo, también se sanciona a los que no viven bajo un mismo techo.

- Por violencia intrafamiliar o violencia doméstica se entiende el concepto de malos tratos en los aspectos físicos, psicológicos o del área sexual al interior del grupo familiar. El concepto es más flexible en el ámbito de la salud que la justicia, durante todos estos años hemos visto que se relaciona con todas las edades, grupos socioeconómico, no está relacionada solamente con grupos marginales, sino que compromete también grupos de nivel medio y alto.

Principalmente lo que se denuncia son maltratos físicos donde existen evidencias, el maltrato psicológico es complicado, complejo y evidentemente que requiere un estudio psicológico y psiquiátrico, es muy difícil confirmar sobre todo cuando hay patologías psiquiátricas, en nuestra población el problema es enormemente grande, porque no ha habido prevención ni tratamiento y ha existido una negación del problema psiquiátrico y psicológico.

MALTRATO Y VIOLENCIA CONYUGAL

Es lo frecuente, principalmente hacia la mujer, los niños y los adultos mayores que constituyen los tres grupos más vulnerables, infrecuente hacia los varones. Existen problemas psiquiátricos que no son patrimonio de los hombres, sino que son patrimonio de los seres humanos, los problemas psiquiátricos en las mujeres y en los hombres generan problemas de convivencia, de proyecciones, abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, etc. Hasta hace algunos años se pensaba que no existía el abuso sexual dentro del matrimonio, era parte de las reglas del juego y era parte de las obligaciones de la mujer, la verdad que la negativa sexual crea mucha violencia y cada día aumentan las denuncias de violaciones dentro del matrimonio, no se pierde la libertad sexual por el matrimonio. Esto se relaciona evidentemente con maltrato físico y normalmente cuando la persona acusa una agresión sexual incluye una agresión física sumamente importante, incluso llegando a lesiones graves, gravísimas y hasta la muerte, por lo tanto la esfera sexual dentro de la violencia es muy importante y está íntimamente relacionada.

En el hombre se observa abuso físico y principalmente emocional, lo más común es cruzado, es difícil si alguien que genera violencia no vaya a recibir una respuesta, tiene que ser una persona enormemente tranquila, normalmente es cruzado, el problema que se genera es de ambos, si bien empieza con uno, termina siendo de los dos y termina involucrando a todo el grupo familiar.

¿Cuándo denunciar?, principalmente cuando hay certeza o fuerte sospecha de violencia física y eso lo vemos en los hospitales, en la práctica clínica donde llegan personas golpeadas muchas veces sin una explicación clara. En los niños, se observan lesiones reiteradas, sin explicación, en estos casos la denuncia debe ser precoz, porque sino terminamos denunciando cuando ya es demasiado tarde.

Estamos en un camino largo desde el año 1994 cuando se dictó la Ley, llevamos 6 años y va a pasar mucho tiempo para que se perfeccione, en los casos evidentes de lesiones importantes o cuando existe la sospecha hay que denunciarlo es preferible a negarlo, en los casos de abuso sexual observados específicamente en los hospitales y consultorios donde hay mayor conciencia, se estimula la denuncia inmediata frente a este tipo de delitos.

En Santiago existe un servicio modelo de Sexología Forense, en sus inicios pensábamos que no íbamos a tener trabajo, pero las denuncias han ido en aumento cada año lo que traduce una sensibilidad de los profesionales, específicamente, en los hospitales donde llegan estos casos y en forma muy preventiva hasta una vulvovaginitis puede ser sospechosa de delito sexual, es preferible que se haga la denuncia a no hacerla.

El maltrato sin lesiones o lesiones leves va a un juzgado civil y la penalidad será multa, prisión de alrededor de 60 días, el trámite es largo, engorroso y el resultado es pobre. Es muy difícil solucionar algún problema de este tipo en un juzgado civil, el juzgado civil se dedica además a los embargos, remates, de manera que debieran existir juzgados especializados, o bien juzgados de menores que tienen más sensibilidad en relación con la familia. Los juzgados no están acostumbrados a estas denuncias y de la noche a la mañana tienen una gran demanda de trabajo y con escasa especialización para solucionar problemas familiares que constituyen un problema complejo. Los futuros tribunales de familia deberán tener personal especializado.

Las denuncias por lesiones de mediana gravedad o graves van al juzgado del crimen, los cuales tampoco solucionan problemas de familia, porque son delitos penados con prisión, se indica terapia de recuperación a la familia y sentencian a prisión al proveedor y me pregunto como queda el resto sin apoyo de la sociedad, terminan en que de cada mil denuncias se retiran 800 de ellas, pero lo importante es el impacto familiar que produce el hecho denunciar o el iniciar un juicio, son procedimientos a largo plazo que pueden fructificar, pero estamos en el inicio de este tipo de juicios, que debieran ser de gran especialización, pues afecta a la familia como núcleo central de la sociedad.

Nuestro país se ha comprometido desde el año 1948 al año 1990 con la rectificación de la Convención de las Naciones Unidas y la Cumbre Mundial de la Infancia, en las metas y líneas de acción de compromisos con los niños de Chile, existe un compromiso de nuestro país para propender a la salud física, emocional y sexual de las personas y de los niños, al respecto existen compromisos de las autoridades de gobierno en inversiones a futuro en estas áreas.

El maltrato deja huellas desde la niñez hasta el adulto tanto en los aspectos físicos como psíquicos que se mezclan habitualmente, pues los daños físicos también produce un trastorno psíquico y en el área sexual el daño es enorme y dependerá de la etapa evolutiva, nivel cognitivo, de darse o no darse cuenta, la frecuencia e intensidad del maltrato. La psiquiatría maneja el tema según el tipo del maltrato ejercido, según la existencia o no de otras figuras, según la influencia del medio, hay factores culturales, hay factores sociológicos, hay factores de salud, hay víctimas que con facilidad caen en este maltrato como son los discapacitados o minusválidos, débiles mentales o enfermos psiquiátricos.

En relación a las consecuencias psicológicas, los psiquiatras tienen la palabra, a corto plazo se observan trastornos emocionales, conductuales, trastornos del desarrollo e intelectuales, a largo plazo se observan trastornos emocionales, trastornos de personalidad y eso tienen relación con la delincuencia juvenil, adulta, con la drogadicción y la prolongación de la cadena de maltrato, quienes en su familia vuelven a crear este tipo de organización de violencia, por lo cual que evidentemente las lesiones y la huella que deja el maltrato es muy importante.

Nuestra experiencia se da en agresiones sexuales y del maltrato, que se relacionan íntimamente con la violencia intrafamiliar, pues los niños se movilizan en un ambiente intrafamiliar principalmente, no tienen otra posibilidad, por lo cual o es su casa, el barrio o el colegio, es decir un círculo mas pequeño y es donde se producen principalmente este tipo de delitos.

El año pasado, representando a Chile en un país europeo expuse las estadísticas, llamando la atención la magnitud del problema en nuestro medio, tenemos 4.000 denuncias de agresiones sexuales en el país, alrededor de 2.000 en Santiago, los países participantes no pasaban mas allá de 80 a 100 denuncias, las causas debieran ser motivo de investigaciones a futuro. Se denuncia un 20% y existe un 80% que permanece en la penumbra, es muy difícil denunciar una agresión sexual, por esta razón creamos un servicio modelo, único en el mundo, el mas parecido existe en Lyon, Francia. En Latinoamérica no existe un centro igual, La creación de nuestro servicio se basó en el máximo de buena voluntad y de imaginación y al más alto nivel, pues se trataba de los niños, se trataba de las mujeres y se trataba de la justicia

donde el peritaje y los medios de pruebas son fundamentales, nuestra sociedad condena los delitos sexuales más que el homicidio, tienen penas enormes, contempla la cadena perpetua y la condena a muerte, al igual que gran parte de los países, en el mundo entero el delito sexual es considerado como un delito importantísimo, porque afecta el honor de las personas y la libertad sexual.

Nuestro servicio modelo se inició hace muchos años atrás, en una planta física muy humilde, actualmente tenemos un edificio nuevo y en un futuro estará en un lugar central con acceso a todas las personas, además contamos con la participación de Carabineros e Investigaciones y la denuncia y el examen inmediato en el mismo lugar, en este minuto la gran mayoría de las denuncias está siendo realizada en el Servicio Médico Legal, la gente va directamente, recibe la atención personalizada de los servicios policiales y de los médicos, dicha denuncia es dirigida a los Tribunales de Justicia.

Una secretaria recibe a la denunciante, la persona elige a Carabineros o a Investigaciones libremente. Pensamos que habría problemas, pero la coordinación entre ellos es muy buena con una atención muy personalizada.

El Servicio Médico Legal cuenta con tecnología de punta, posee un ecotomógrafo de última generación, un colposcopio con aumento de la imagen y que permite tomar fotografías o videos para dejar constancia referente al examen realizado.

En la nueva reforma a la justicia, los juicios van a ser orales y va a ser necesario demostrar las pruebas, estas pruebas serán los video, fotos que serán válidas junto con la declaración del médico. Se ha sostenido que no serán válidos, pero habitualmente los jueces las solicitan, los jueces tienen la libertad del sano juicio y del sano criterio, lo que les permite tener amplia libertad, este tipo de pruebas se van a legalizar.

El ecotomógrafo, nos sirve para evaluar pacientes golpeadas mas aun si están embarazadas, las cuales son derivadas por los clínicos, evaluamos el estado del feto y de la madre, además nos sirve en denuncias donde se ha producido un embarazo y relacionarlo con una eventual violación en determinada fecha, por lo cual la edad gestacional va a ser muy importante. Sirve además en juicios laborales donde se despidió a una persona estando embarazada, determinar la fecha de la concepción y relacionarla con la vigencia de un contrato de trabajo.

Tenemos dos salas de exámenes, estos se hacen en forma absolutamente reservadas con la presencia del padre o la madre, normalmente la madre con el niño si no hay trastornos emocionales o rechazo al examen, habitualmente no hay problema porque

el examen no es invasivo, no es agresivo y esta hecho en las mejores condiciones y por especialistas gineco-obstetras de la Universidad de Chile, docentes del Hospital Clínico, profesionales de muy buen nivel, nuestro centro modelo está en Santiago no existe en el resto del país. Existen planes de ampliar este tipo de atención y nos encontramos en una etapa de formación de diversos centros en el norte y sur del país.

VIOLACIÓN

En este delito el grupo mas afectado lo constituyen los niños, los más desvalidos son los niños, los adultos aprenden a cuidarse, es más difícil que le ocurra. Uno pudiera pensar que nos vamos a encontrar con grandes lesiones, pero ello no ocurre, generalmente se da dentro de un ámbito de seducción y violencia psicológica. Existen situaciones extrañas, que observamos diariamente, este tipo de delitos no respeta edad, situación socio-económica ni lugar.

Entre los 5 y 9 años, tenemos como el máximo y después desciende hasta los 18, 19 años disminuyendo francamente a edades posteriores. Los delitos sexuales más frecuentes, son los abusos sexuales según la nueva Ley, antes se llamaban abusos deshonestos, que traducen las tocaciones impúdicas, sin penetración, porque el hecho de penetrar a una niña significan lesiones enormes que son poco frecuentes, cuando ocurre producen lesiones graves, gravísimas que significan hospitalizaciones, cirugías complicadas e incluso la muerte.

Estos casos no hay que mandarlos al Servicio Médico Legal, pues la salud y la vida de la afectada es mas importante, el peritaje puede ser realizado posteriormente, tuvimos el caso de una señora que tenía una rotura de recto lo que obligó a actuar prioritariamente desde el punto de vista médico, pues la vida es lo mas importante.

La violación se da en hombres y mujeres pero principalmente en mujeres. Los hombres son principalmente niños. Se da en todos los estratos económicos, la consulta es principalmente en el estrato medio bajo.

Las agresiones sexuales se observan principalmente en el ámbito familiar, destacándose los abusos deshonestos, el padre o conviviente desgraciadamente juega un rol importante, constituye uno de los agresores importantes. Por otra parte, en el caso de la violación el desconocido también es importante, entre el 25 a 35 % de los casos, el individuo sale a cazar mujeres a la calle, los padres deben conocer donde salen los niños, no atravesar lugares peligrosos, horas extremas en la madrugada, etc

- La nueva ley pretende tipificar con mayor precisión y en forma sistemática los actos constitutivos de delitos sexuales y violencia intrafamiliar, facilitar la denuncia,

para ello está la 48 Comisaría y específicamente nuestro servicio. En caso de los delitos sexuales, lo importante es la denuncia y examen precoz, puesto que los medios de pruebas son muy efímeros, es muy humano lavarse y bañarse después de una agresión, pero se pierden todos los medios de pruebas, pero tiene que ser todo precoz y rápido, además permite que la persona bajo efecto emocional inicie la denuncia, después de esta etapa, se esconde, la víctima es enormemente sensible, trata de olvidar el problema.

Los delitos sexuales tienen secuelas importantes como son las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, no es lo habitual, pero ocurre. Los trastornos psicológicos en la esfera sexual que considero el daño duradero más importante.

- Me recuerdo un caso en que se usó preservativo y produjo una gran lesión, era una niña y no se encontró espermios adentro, el Juez reclamaba que al no haber espermios no había habido acto sexual pero estaba el antecedente del preservativo, pero hubo penetración.

La verdad es que los hospitales tienen que hacer la denuncia en el caso de los niños que constituyen la mayoría de los casos. La Ley fue impositiva, a pesar de no tener los elementos necesarios ni la experiencia, deberán realizar el peritaje y conservar los medios de prueba o enviarlos al Servicio Médico Legal en Santiago. Existe un convenio las 24 hrs. del día, en provincia en horarios de oficina.

Se establece en derecho a conservar en reserva la identidad del denunciante, es decir, se favorece la denuncia, evitar los careos entre la víctima y autor.

Violación es el acceso carnal, vaginal, anal o bucal, el cambio de la Ley en este concepto es radical, puesto que la violación era el yacer con mujer, yacer es un término antiguo, español, que significaba relación sexual, con la mujer era solamente vaginal, el hombre no podía ser violado, actualmente, penetración significa violación y puede ser vaginal, anal, o bucal en mujer o en hombre.

Violación en hombre o mujer, la Ley exige que haya penetración, el menor de 12 años no tiene libertad sexual para nuestra legislación, por lo cual constituye una violación una relación con una menor de edad, aunque la menor lo consienta o lo favorezca, como es la prostitución infantil, junto con el maltrato infantil y los trastornos emocionales que produce la violación, existe la prostitución infantil, niñas que se acostumbraron, buscan el estímulo y la afectividad, pero es una violación, en el mayor de 12 años bajo el uso de fuerza o intimidación, enajenación o trastorno mental, drogadicción o alcohol, lo decidirán los psiquiatras, pero evidente que no son personas que tengan libertad sexual.

En la violación conyugal existe una situación complicada en relación a condenar a un marido por violación, el legislador en forma especial considera que la mujer se tiene que haber negado explícitamente al acto sexual para que sea una violación, y este punto es difícil precisar, pues la mujer puede haber estado privada de la razón, o bajo los efectos del alcohol, no existen posibilidades de oponerse, porque la pareja está conviviendo juntos, están durmiendo de una misma cama, normalmente estas situaciones se dan con grandes lesiones, pues se considera que la vida sexual es obligatoria en el matrimonio generando su negativa una gran violencia y agresividad.

Acceso carnal, vaginal, anal o bucal bajo engaño, entre los 12 y 18 años, a veces se dan bajo promesas de matrimonio o trabajo u obtención de documentos o negocios en personas muy ingenuas, jóvenes, minusválidos e incapacitados.

- Mayor de 12 años, la Ley establece la dependencia, es el hecho de estas violaciones entre 12 y 18 años con un cierto grado de dependencia, específicamente empleadas domésticas o las empleadas de comercio, donde el patrón abusa de ellas, eso lo coloca en una relación de custodia, una relación laboral, desamparo de la víctima, en los hogares de menores como un delito importante.

BAJO EL USO DE LA FUERZA

El abuso sexual lo constituye cualquier acto de significación sexual y de relevancia con contacto corporal o al menos afectación genital, anal o bucal de la víctima aún cuando ello se provoque mediante la utilización de instrumentos, que significa la no penetración, pero el uso tocaciones impúdicas e incluye otras cosas instrumentos o objetos que amplía este tipo de delitos.

Producción de material pornográfico con menores, menor de 12 años en cualquier circunstancia, esto no estaba legislado, eso no era delito, entre los 12 y 18 años igual con esta relación laboral de dependencia, también es delito.

La sodomía, se despenalizó entre adultos con consentimiento de ellos y privacidad, pero el acceso carnal entre los 12 y 18 años es delito. El acceso carnal está tipificado como delito a esta edad con personas de un mismo sexo.

Se puede presentar la denuncia, en Carabineros, Investigaciones, directamente al Tribunal, dependencia del Ministerio Público, que será la Fiscalía próximamente.

Se hará un acta en duplicado con el examen clínico general de la cabeza a los pies, examen de laboratorio, firmados por el jefe y se debe conservar por un año, pues la persona pudiera no querer hacer la denuncia si es mayor de edad, porque en un

menor es un delito de todas maneras, tenemos la obligación de denunciar nosotros sino se quiere denunciar, pero la mayor de edad pudiera no denunciar, el hospital conservará el peritaje completo y los medios de pruebas por un año, porque hasta el año la persona pudiera presentar la querella y los tribunales competentes van a solicitar el examen clínico y los exámenes de laboratorio realizados.

La anamnesis es policial, se registrarán los hechos más relevante en cuanto a la fecha y hora en que ocurrió y la hora del examen, la relación víctima con el agresor, historia remota, antecedente gineco-obstétricos, la fecha de la última regla, en una persona en riesgo de embarazo también es importante, esto se relaciona con el tema de la prevención del embarazo donde existen diversos puntos de vista.

- El examen físico debe ser en presencia de un auxiliar de enfermería, padre o representante, es voluntario, incluyen un examen general, un examen segmentario, y luego el examen ginecológico, anal y genital en el sexo masculino.
- Lesiones traumáticas extra genitales, desgarró del himen, que puede ser reciente o antiguo, desgarró perineal, desgarró vaginal, presencia de espermios intravaginales en concomitancia con lesiones traumáticas.
- Ustedes saben que la penetración bucal es violación y se demuestra con la presencia de espermios en la cavidad bucal. (cara interna de la boca cerca de los últimos molares es raro que salga positivo), se efectúa con una tórula con suero fisiológico. Si existen sospechas de embarazo se solicitan ecografías y exámenes correspondientes, en los estudios de ropa que son sumamente importante, hay que guardarlo en cajas de cartón, no en bolsas plásticas, porque se humedecen o se llenan de hongos y se inutiliza el material.
- El examen de ADN, es importante puesto que nos identifica a la persona en un 99,9 % y lo descarta en un 100%.
- En relación al consentimiento, la foto, la filmación, los exámenes de HIV, drogas tiene que ser consentida por la víctima, no se puede obligar a la víctima, puesto que el delito cometido es en ella y puede estigmatizarla, pero pudieran ser importantes en la investigación del caso.

LOS PERITAJES REALIZADOS EN HOSPITALES

- Caratulados, sellados, acompañada por el peritaje Médico Legal, hay que referirla al Servicio Médico Legal.
- Todos los peritajes traen un pronóstico de lesiones, si las hay, que van entre leves, mediana gravedad y graves, leves son las que curan antes 15 días, mediana gravedad entre 15 y 30 y graves sobre 30 días.

LA AUSENCIA DE LESIONES

- Las lesiones pueden ser lo más común, porque el máximo de casos son los niños y hay un fenómeno de seducción, un fenómeno intrafamiliar del ambiente del niño, que no requiere la fuerza sino que la intimidación, pero cuando las hay las lesiones son de todo tipo, hematoma, erosiones, escoriaciones, fracturas, mordeduras, quemaduras, lo habitual es en mamas, en la cara interna de los muslos, en las regiones glúteas y en la región dorsal.
- Cuando se trata de niños cae dentro del ámbito del maltrato y nos encontramos con historias clínicas de niños con poco desarrollo psicomotor, intelectual, con hospitalizaciones con lesiones de todo tipo y además delitos sexuales, lesiones dentales, quemaduras.
- El himen es difícil de examinar, hay que tener una gran experiencia, porque tiene múltiples formas, la verdad que con años de experiencia igual aun existen dudas, el colposcopio o la filmación obviamente ayuda, sobretodo para solicitar otras opiniones a distancia.
- Los desgarros recientes únicos o múltiples, completos o incompletos, cuando hay lesiones muy evidentes no hay ninguna duda, evidentemente que eso se describe según los punteros del reloj, a las 6, a las 9 a las 12 y a las 3 de la tarde, que no tiene ninguna relación con la hora que fue la relación sexual.
- Completo, es que llega hasta la base de implementación del himen, e incompleto que no llega hasta la base de implantación, podría ser una penetración parcial, es imposible distinguirlo de una muesca natural de la afectada cuando ya está cicatrizada. El himen tiene la característica de cicatrizar con los bordes separados absolutamente, no se juntan los bordes, a no ser por una operación, por lo cual esta cicatrización ocurre en 7 o 10 días y después de eso es imposible saberlo por esta razón el examen precoz es importante.
- Existe un tipo de himen que permite el acto sexual sin dañarse "himen complaciente" se distiende ampliamente, es elástico y sólo se lesiona durante el parto vaginal, constituye un himen frecuente que imposibilita al médico asegurar o negar una eventual penetración, por lo cual el examen debe ser precoz para encontrar espermios o semen intravaginal.
- En la anciana también es posible encontrar lesiones traumáticas importantes debido a una penetración vaginal, por la atrofia de los tejidos por hipoestrogenismo, los genitales no son aptos para una actividad sexual menos traumática.

- El ano constituye una verdadera vagina, se pierde la tonicidad del esfínter, y con desgarró, pérdida de la tonicidad significa salida de gases, salida de materias fecales, se puede hacer alguna medición del tono mediante un examen más especializados.
- En el examen del ano es posible observar una equímosis o hematoma perianal, como también desgarró de la mucosa por el traumatismo de la penetración, se altera la tonicidad del esfínter anal, observándose salida de gases y materias fecales en forma espontánea.
- En los casos de sodomías crónicas, se visualiza borramiento de los pliegues anales y la transformación del ano en una verdadera vagina.

Los exámenes que debemos tomar en casos de delitos sexuales son:

- 1) Contenido vaginal, del fondo de saco posterior para búsqueda de semen y espermios, el semen se observa por la cuantía de fosfatasa ácida.
- 2) Contenido ano-rectal para búsqueda de semen y espermios.
- 3) Contenido bucal (precoz) para búsqueda de semen y espermios.
- 4) Búsqueda de sangre, semen o espermios en ropa.
- 5) Alcoholemia,
- 6) Drogas de abuso, cocaína, marihuana.
- 7) Determinación de embarazo por exámenes bioquímicos o Ecotomografías.
- 8) Diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual (VDRL, Sífilis, SIDA, papiloma virus, Hepatitis C, virus Herpes, etc)
- 9) Determinación mediante técnicas de ADN en:
 - a) Sangre
 - b) Espermios, pelos o fluidos corporales en sospechosos.

ACCIONES QUE CONTRIBUYEN A LA HUMANIZACION DURANTE EL PROCESO REPRODUCTIVO

Con el objeto de facilitar el proceso de humanización, los autores de este libro proponen a través de este capítulo una serie de acciones que apuntan en este sentido, este listado no pretende ser completo, mas aún es susceptible de incorporar mas ideas para enriquecer la puesta en práctica de un proyecto de humanización.

Este listado está basado en una recopilación de ideas que aparecen en los diferentes trabajos de este libro, además incluye recomendaciones de organismos internacionales (OMS, UNICEF) junto con las reflexiones y experiencia personal de los diferentes autores y colaboradores de este texto.

Por otra parte, la idea de hacer un listado de acciones es contribuir a una eventual diseño de un instrumento de acreditación de servicios con el objeto de evaluar el tema de la humanización dentro de sus prácticas.

1) A NIVEL COMUNIDAD

Revalorización de la maternidad, medidas legales y de defensa de la vida, protección legal y laboral de la mujer embarazada o por embarazarse, no discriminación en los sistemas de salud, en la selección del personal, etc.

Comunidad informada sobre las prácticas y procedimientos relacionadas con la atención del embarazo, parto y el recién nacido con el objeto que la pareja decida de acuerdo a sus propios intereses.

Comunidad informada sobre indicadores de procedimientos en los establecimientos de salud a los cuales tiene acceso. (Porcentaje de cesáreas, forceps y parto espontáneo)

Supervisión y control de la especialidad de ginecoobstetricia por sistema de acreditación y control de calidad para aquellos profesionales cuya frecuencia de cesárea excede lo esperado o para el ejercicio profesional en centros reconocidos.

Integración con los programas de salud sexual y reproductiva que se dan en los colegios.

Programas a nivel de alumnas de universidades y centros de formación técnica en relación a ramos relacionados con lactancia materna, preparación al parto, comunicación conyugal etc. en convenio con universidades y escuelas de medicina.

2) ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

Actividades de salud y orientación familiar

Consejería preconcepcional, utilizando la atención personalizada y evitar encasillar en riesgos el cual corresponde a un concepto poblacional.

Mejoramiento de las comunicaciones en la pareja, importancia social de la maternidad y paternidad en el proyecto conyugal.

Educación y orientaciones sobre sexualidad dar énfasis a la formación del varón para el cumplimiento de roles parentales y conyugales.

Programas de planificación familiar que no disocien la afectividad y la sexualidad teniendo presente la responsabilidad de hacerse cargo de las consecuencias del ejercicio de la sexualidad.

3) ATENCIÓN PRENATAL

Control Prenatal con un modelo de salud familiar no medicalizado

Participación activa de la pareja y/o familia en el control prenatal y preparación de la llegada del recién nacido.

Apoyo emocional durante el embarazo

Consulta de Acogida de la Embarazada, su pareja y/o familia

Presentación del equipo a cargo y visitas por las dependencias.

Implementación de la carpeta familiar

Diagnóstico clínico de la madre embarazada

Diagnóstico Familiar: Antecedentes familiares, grupo familiar, estado civil, redes de apoyo, vínculos, genograma, etc

Visita domiciliaria integral familiar

Evaluación de riesgo biosicosocial de la familia

Evaluación situación legal, previsional, habitacional de la familia.

Preparación de la vivienda para la llegada del recién nacido.

Pesquisa de riesgo de salud en los integrantes de la familia

Control obstétrico con pareja o familiar cercano

Preparación de la familia para la comprensión de las diferentes etapas de la gestación

Preparación de la pareja para el parto mediante técnicas de relajación, respiración, posición, masajes, confort, ejercicios (Programas de parto sin temor)

Actividades que promuevan el vínculo antenatal

Acciones durante exámenes ecográficos

Implementación de programas de pediatría antenatal

Estimulación fetal en embarazos normales

Orientación y apoyo en embarazos con malformaciones congénitas

Preparación para la lactancia materna

Estimular el uso de un diario de vida por parte de la madre embarazada

4) PREPARTO Y PARTO

Respetar la decisión informada de las mujeres sobre el lugar en que ocurrirá el nacimiento.

Respetar el derecho de las mujeres a la privacidad en ese lugar.

Respetar la elección de la mujer sobre sus acompañantes durante el trabajo de parto y el parto.

Apoyo empático durante el trabajo de parto y parto por parte del personal de salud.

Acciones que apunten al apoyo emocional otorgada por la matrona durante esta etapa

Entregar a las mujeres la información y explicaciones que ellas soliciten.

Atención del parto de acuerdo a un plan previamente establecido con la madre.

Posibilidades que la madre pueda hacer una elección libre de la posición del parto que mas acomoda.

Apoyar usos de fotografías y videos y grabaciones

Informe escrito completo del trabajo de parto, del parto y antecedentes del recién nacido

Evitar el rasurado pubiano y enema preparto de rutina

Evitar la inducción de los partos salvo casos excepcionales y auditados

Evitar el uso de ocitócicos en cualquier momento antes del parto cuyo efecto no pueda ser adecuadamente controlado.

Evitar uso de drogas de rutina que no sean específicas para corregir o prevenir complicaciones.

Evitar la rotura artificial de membranas de rutina en etapas tempranas del período de dilatación.

Estimular la vigilancia fetal a través de auscultación intermitente.

Libertad en la posición y movilidad durante el trabajo de parto.

Evitar la posición acostada durante el trabajo de parto.

Control cuidadoso de la progresión del trabajo de parto (partograma)

Evitar la posición supina de rutina durante el trabajo de parto

Evitar el uso rutinario de infusiones intravenosas durante el trabajo de parto

Evitar los esfuerzos de pujo dirigidos y prolongados durante el período expulsivo (maniobra de Valsalva).

Evitar la divulsión y estiramiento del periné durante el período expulsivo.

Evitar el uso rutinario de ocitocina, tracción controlada de cordón, o ambas combinadas, durante período del alumbramiento.

Evitar el pinzamiento precoz del cordón umbilical salvo en condiciones específicas

Evitar restricción de alimentos y líquidos durante el trabajo de parto.

Evitar exámenes vaginales frecuentes o repetidos, especialmente por más de un examinador.

Evitar monitoreo electrónico fetal de rutina

Evitar el desplazamiento rutinario de la mujer en trabajo de parto a una pieza diferente al comienzo del período expulsivo.

Evitar la cateterización vesical salvo condiciones específicas.

Evitar el estimular a la mujer a pujar cuando se haya diagnosticado una dilatación completa o casi completa, antes de que la mujer sienta la necesidad de hacerlo.

Evitar la adherencia rígida a una duración definida del período de dilatación , si las condiciones maternas y fetales son buenas y si el trabajo de parto progresa. Evitar el uso de las curvas de Freedman

Evitar el uso rutinario o liberal de episiotomía

5) PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO

Hospitalización conjunta madre e hijo las 24 hrs. Evitar separación

Estadía conjunta madre e hijo en puerperio de 72 horas después del parto

Comienzo inmediato de la lactancia dentro de la primera media hora con contacto piel - piel en compañía del padre.

Implementación de los 10 pasos para una Lactancia materna exitosa (OMS - UNICEF)
Disponer de una política por escrito respecto a la lactancia natural.

Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica esa política

Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia natural

Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto

Mostrar a las madres como se debe dar de mamar al niño

No dar a los recién nacidos mas que leche materna, sin ningún otro tipo de alimento o bebida, salvo cuando medie indicación médica

Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 hrs del día

Fomentar la lactancia natural cada vez que el niño lo pida

No dar a los niños alimentados al pecho biberones o chupetes artificiales

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos

Identificación de las madres de alto riesgo de fracaso de la lactancia.

Visita familiar a los recién nacidos hospitalizados

Evitar la contaminación acústica, luminosidad y exceso de intervencionismo en los recién nacidos en estado crítico.

Salas privadas de pre alta para recién nacidos con hospitalizaciones prolongadas

Oficinas privadas en servicios de neonatología para entrevistas con familiares

Estimulación cutánea en recién nacidos con hospitalización prolongada

Consulta de acogida del Recién Nacido en atención externa
Presentación del equipo

Incorporación del menor a la carpeta familiar

Control de salud del recién nacido y su madre

Consejería en lactancia Materna y paternidad responsable.

Indicación de cuidados generales del niño y de la madre.

Acuerdo para la visita domiciliaria.

Control de salud del recién nacido en el hogar

Control de salud del recién nacido y evaluación del estado de salud familiar.

Conocimiento de los miembros de la familia y evaluación de las características del ambiente familiar.

Aplicación de instrumentos para definir riesgo familiar y del recién nacido.

Reforzar actividades orientados al cuidado del Recién nacido y a la salud familiar.

Evaluación de lactancia materna y técnicas de amamantamiento.

6) SERVICIOS DE MATERNIDAD

Implementación de una gestión con enfoque centrado en los usuarios

Atención personalizada y continua

Identificación de la madre y su hijo por su nombre

Horario de visitas sin restricciones para toda la familia

Incorporación de la actividad visita al hospital a la puérpera para las matronas que controlaron su embarazo en consultorio externo.

Ambiente grato, pacífico, cálido y de respeto en el momento de nacimiento

Capacitación de la matrona sobre todo en el rol de apoyo emocional y gestión en calidad

Implementación de un sistema de auditoría de cesáreas, con énfasis en las primigestas.

Implementación de un sistema de intrconsulta perinatal de urgencia para decidir vías de parto en casos complicados

Mejorar y/o implementar a través de diferentes medios las posibilidades de consulta de "segunda opinion" en caso de cesárea en primigestas antes del trabajo de parto.

Implementación de normas y protocolos de evaluación de nuevas tecnologías y procedimientos

Implementación de Unidades de Lactancia Materna

Desarrollar programas sobre humanización de la atención en la formación de los profesionales de la salud en los Hospitales docentes

ANEXOS

ANEXO 1.

16 RECOMENDACIONES PARA LA APROPIADA TECNOLOGIA DEL NACIMIENTO, DECLARACION DE FORTALEZA - OMS (1985)

Estas 16 recomendaciones están basadas en el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir una atención prenatal apropiada; que la mujer tiene un rol central en todos los aspectos de esta atención, incluyendo la participación en el planeamiento, desarrollo y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e implementación de una apropiada atención prenatal.

1. Toda la comunidad debería estar informada acerca de los diferentes procedimientos en la atención del parto de manera de permitir a cada mujer elegir la posición que más le acomoda en el parto.
2. Debería promoverse la capacitación de matronas profesionales o de quienes atienden el parto. La atención durante el embarazo o parto fisiológico y el seguimiento postparto debería ser tarea de esta profesión.
3. Información acerca de las prácticas de la atención del parto en los hospitales (incidencia de cesárea, etc.) deberían ser del conocimiento del público que se atiende en esos hospitales.
4. No existe justificación en ninguna región geográfica específica para tener más de un 10-15% de cesáreas (la actual incidencia de cesárea en U.S.A. se estima en alrededor de un 23%).
5. No existen evidencias de que se requiera de una operación cesárea después de una cesárea transversa segmentaria inferior. Se deberían favorecer los partos vaginales en una cesarizada anterior en lugares en que existan facilidades quirúrgicas en caso de emergencia.
6. No existe evidencia de que el monitoreo fetal electrónico durante el trabajo de parto, tenga un efecto positivo en el resultado del parto.
7. No existe ninguna indicación para el rasurado del vello pubiano y el enema preparto.
8. La embarazada no debe ser colocada en posición de litotomía (de espaldas) durante el trabajo de parto y el parto. Se les debe estimular a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe escoger libremente la posición a adoptar durante el parto.
9. El uso rutinario de la episiotomía (incisión para ampliar la apertura vaginal) no se justifica.

10. No se debe inducir el parto por conveniencia (inicio artificial) y la inducción del trabajo de parto debe ser sólo por indicación médica específica. Ninguna región geográfica debería tener índices de trabajo de parto inducido sobre un 10%.
11. Durante el parto, la administración rutinaria de drogas analgésicas y anestésicas, que no se requieren específicamente para corregir o prevenir complicaciones del parto, deben ser evitadas.
12. La ruptura precoz artificial de las membranas como procedimiento rutinario, no está justificada científicamente.
13. El niño sano debe permanecer con su madre cuando las condiciones de ambos lo permite. El proceso de observación del recién nacido sano, no justifica la separación de la madre.
14. El comienzo inmediato de la lactancia debe ser promovido, aún antes de que la madre sea trasladada desde la sala de partos.
15. Deben ser identificados los servicios de atención obstétrica que tienen actitudes críticas hacia la tecnología y que han adoptado una actitud de respeto hacia los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto. Deben ser estudiados y estimulados los procesos de dichos servicios, que los han llevado a adoptar esa posición, de manera de ser utilizados como modelos para facilitar actitudes semejantes en otros centros e influenciar puntos de vistas obstétricos en toda la nación.
16. Los gobiernos deben considerar desarrollar normas para permitir el uso de nuevas tecnologías en el parto, sólo después de una adecuada evaluación.

ANEXO 2.

DERECHOS DEL NACIMIENTO

PRIMERO.

La decisión de concebir un hijo debería ser libre y responsable por parte del padre y la madre:

Los padres tendrían que estar conscientes de la importancia que para su hijo/a tiene el que ellos le comuniquen su aceptación y su afecto desde el inicio de la gestación.

SEGUNDO.

El útero materno debería ser para el bebé lugar de bienestar.

Él necesita sentirse protegido, seguro y querido, para ello es importante la preparación de la futura madre. La gestación tendría que ser una experiencia consciente, responsable, vivida por los padres con gozo; un periodo de enriquecimiento que inicie una relación plena y gratificante.

TERCERO.

Los padres deberían recibir toda la información y todo el apoyo.

Para que el embarazo se desarrolle con satisfacción y en armonía sería recomendable el trabajo conjunto y la preparación previa entre los padres y la persona o personas que vayan a asistir el parto.

CUARTO.

Los padres deberían informarse y elegir el lugar y la forma en que se le recibe.

Creemos que la manera en que un bebé llega a este mundo es de vital importancia para él, para sus padres y para la sociedad en la que nace. Por ello, la decisión de dónde, con quien y cómo queremos que nazca nuestro hijo/a debería tomarse responsablemente y teniendo la seguridad de que es lo mejor que le podemos ofrecer.

QUINTO.

En su nacimiento, el bebé debería ser el principal protagonista.

Uno de los acontecimientos más trascendentales en la vida de un ser humano es su nacimiento. Debería ser el bebé, junto con sus padres, el verdadero protagonista de este hecho. La madre tendría que colaborar activamente con su hijo en esta aventura de nacer. El padre, en tanto, debería ofrecer todo su apoyo, sus cuidados y contribuir así al bienestar del niño y de su pareja. Se trata de favorecer, y no perturbar, el proceso del nacimiento, de facilitar el encuentro entre la madre, el padre y el bebé.

SEXTO.

El ambiente en el que se le recibe debería ser cuidado con esmero.

El parto se debería desarrollar en las mejores condiciones de intimidad, de respeto, de delicadeza, de calma, de libertad para dar a luz en cualquier posición. Las luces intensas, el exceso de ruido, las órdenes, la rigidez de los protocolos, la falta de privacidad, las intervenciones sistemáticas inhiben el proceso natural del nacimiento.

SÉPTIMO.

A ningún bebé se le debería privar de la creación del vínculo extrauterino con su madre.

Es absolutamente necesario para el recién nacido permanecer junto a su madre ya que su vida biológica continua en íntima unión con su madre. Ella es lo conocido, su cuna, su alimento, su seguridad, su aliento. Esta relación tendría que ser respetada porque el bienestar del recién nacido debe prevalecer sobre cualquier otra consideración.

OCTAVO.

El apoyo a la lactancia materna tendría que ser firme, constante, cálido, basado en la información adecuada.

A través de la leche materna el bebé recibe, además del mejor alimento, afecto, ternura; recibe inmunidad ante posibles infecciones y se establece una estrecha relación entre él y su madre; recibe estímulos madurativos y una fuente íntegra de salud para comenzar su andadura en la vida. El tacto es el sentido más desarrollado que tiene el bebé, y necesita ser tocado, acariciado. La madre que escoge dar el pecho da prioridad a los contactos prolongados con su hijo antes que a otras exigencias de nuestra agitada vida.

NOVENO.

El bebé debería ser atendido personalmente por su padre y/o madre, por lo menos, durante el primer año de vida.

Con el fin de afianzar el vínculo afectivo entre madre e hijo, tan necesario para éste en su futura vida, y de cubrir las necesidades psicológicas y físicas del bebé, se hace necesario articular fórmulas que permitan mayor presencia de los padres, al menos durante el primer año de vida, tales como la ampliación del período de descanso maternal y/o paternal.

DÉCIMO.

El bebé debería contar con nuestro respeto y apoyo incondicional por el solo hecho de haber sido invitado a venir.

El principal derecho del niño al nacer es el de recibir nuestro amor, nuestra consideración y nuestro respeto, puesto que es un ser consciente, inteligente y sensible. No hay nada que de a la vida de un niño o una niña cimientos tan sólidos como la experiencia de sentirse, ya desde el útero, amado y deseado.

ANEXO 3

PÁGINAS WEB RELACIONADAS

- **Nacionales**

- www.lavida.cl
- www.labchile.com

- **Internacionales**

- Plataforma Pro Derechos del Nacimiento: <lisnac@pangea.org>
- Lista de Lactancia: <lacmat1@fmed.uba.ar>
- Crianza: <info@crianza.com.ar>
- Asociación Primal: www.primal.es
- www.humanization.org
- Haptonomía: www.haptonomy.org
- www.birthpsychology.com