

15 43 31



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
I Z T A C A L A**

**“EL PAPEL DE LA PSICOLOGIA EN EL PROCESO
DE REPRODUCCION HUMANA Y SU PREVENCION:
ALGO MAS QUE CONTROL NATAL”**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MARTHA LAURA JIMENEZ MONROY



MEXICO, D. F.

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Es este trabajo el broche de cierre largamente esperado de una importante etapa en la que muchas personas colaboraron. Por ello, agradezco profundamente ...

*La atinada dirección, confianza y constante motivación de la --
Lic. Laura Palomino Garibay*

*La continua y profunda charla -
enriquecedora del Lic. Fernando
Herrera Salas, que además me permitió conocer un poco de una muy interesante personalidad*

*La desinteresada colaboración y los atinados y amables comentarios de la Lic. Ofelia -
Contreras.*

A la mamá ...

Quien con su constante apoyo, comprensión y fortaleza me ha enseñado a afrontar los embates de la vida

A papá ...

Quién con su profundo amor ha contribuido en la conformación de importantes metas en mi vida

A Manuel ...

Quién con sus contradicciones ha provocado el cuestionamiento de mis normas, mi sentir y mi vivir. Además por que hoy me permite visualizar cercanamente ese bello proceso

A Lidia ...

Quien con su agresivo afecto y fortaleza me ha apoyado en los más difíciles momentos

A Rocio ...

Quien con su ruda ternura y locas ocurrencias imprime gran alegría en casa

A todos aquellos con los que en algún momento he compartido senderos, ilusiones, triunfos y derrotas ...

L'PAMBLL, Bety, Fernando L, Pedro, Rosaura. Irene, Paco, Amelia, Roberto, Guayupe

A quienes con su desinteresado apoyo y confianza contribuyeron a facilitar esta tarea ...

Sr. Ramírez, muy especialmente; Elizabeth, Gracia, Tere, Jorge, Jesús, Luz

A ti, impaciente compañero ...

*Por las vivencias, sentimientos y experiencias
compartidos; por el amor que creó nuevas for--
mas, dotando a los instrumentos de melodías
distintas ...*

INDICE

	pag
Introducción	1
I El proceso de reproducción humana: Conceptualización e importancia	6
1.1 La reproducción humana desde el punto de vista biológico	7
1.2 La reproducción humana desde el punto de vista psicológico	8
1.3 La reproducción humana desde la perspectiva sociológica	20
1.4 Comentarios generales	25
II El proceso de reproducción humana: Incidencia actual del sector salud en su ámbito	29
2.1 Acciones nacionales generalizadas	29
2.2 Educación para la salud: Alternativa para abordar el proceso de reproducción humana	46
III El proceso de reproducción humana: Incidencia de la psicología en su ámbito	57
3.1 Importancia atribuida a la atención psicológica	57
3.2 Atención psicológica ante "anormalidades" en el embarazo	58
3.3 Psicoprofilaxis obstétrica	59
3.4 Apoyo psicosocial para el proceso de reproducción humana	64
3.5 Incidencia de la psicología en el proceso de reproducción humana a nivel preventivo	68
IV Prevención	72
4.1 Definición genérica de la prevención	72
4.2 Tipos de prevención	73

.

	pag
4.3 Importancia de la prevención	74
4.4 Atención primaria a la salud y prevención	75
4.5 Psicología y prevención	77
V Grupo operativo	83
5.1 Antecedentes	83
5.2 Constitución del grupo operativo	84
5.3 Tipos de tareas	84
5.4 Modelos de conducta verbal: Escala de evaluación	89
5.5 Momentos del trabajo grupal	90
5.6 Roles	92
VI La psicología en el proceso de reproducción humana y su prevención	96
6.1 Diagnóstico	97
6.2 Grupos operativos: Una opción de intervención	99
6.3 Población	101
6.4 Contenidos de análisis	104
6.5 Carácter interdisciplinario de la intervención	112
6.6 Formación de profesionistas	113
Comentarios finales	115
Bibliografía	120



MADRE FAGJA
Lucía Maya



MADRE CORAZON
Lucía Maya

INTRODUCCION

La reproducción, proceso de base biológica, pero con una connotación eminentemente social (Oakley, 1980) a pesar de ser un evento bastante común y frecuente, posee también una indudable trascendencia dentro del desarrollo humano. Para la pareja que procrea un nuevo ser, se convierte en un relevante evento por las condiciones bajo las que se presenta, por sus propias expectativas, por los cambios que le implicará (Von Wobever, 1988); para el mismo individuo que nace representará el punto de partida de su propia vida y; para la comunidad en que se presenta, implicará el surgimiento de un nuevo ser que la integrará y que de una u otra manera influirá en su organización.

Dada esta evidente relevancia, la reproducción ha sido abordada desde diversos puntos de vista, por diferentes profesionistas, bajo variadas conceptualizaciones, en ocasiones diametralmente opuestas; desde considerarla como "... la expresión de la realización femenina ..." (Deutsch, 1947), hasta determinar que su desenfrenado crecimiento, es decir la explosión demográfica, obstaculiza las posibilidades de desarrollo económico y social, principalmente en países subdesarrollados como el nuestro (Fernández et al, 1987). Así también, se presenta una amplia gama de comportamientos vinculados con estas conceptualizaciones que muestran la diversidad de estilos de vida relacionados con el proceso.

Evidentemente, la sociedad nacional actual no puede estar exenta de las diferentes expresiones que asume este proceso, de sus repercusiones y de una diversidad de comportamientos y actitudes ante ella pues, mientras para ciertos sectores de la población por ejemplo, algunos hombre o mujeres de edad madura, el tener hijos se convierte en una necesidad para su realización humana; para otros, por ejemplo adolescentes sin vinculo matrimonial, el ser padres se convierte en un lastre,

en una casual de críticas y rechazo social. Puede detectarse también - que en algunos casos se tiene una gran cantidad de hijos y en otros se cuida de no tenerlos; asimismo, puede observarse una creciente campaña institucional que propugna por el control natal.

Toda esta diversidad hace necesario conocer, analizar y contextualizar los diferentes estilos de vida relativos al proceso de reproducción humana, para poder comprenderlos y ubicarlos adecuadamente.

Ello cobra especial relevancia para nuestra disciplina, la Psicología, al considerar estudios que han evidenciado la presencia de diversos - problemas de orden psicológico dentro de este proceso (Valderrama 1988; Lipkin y Cohen, 1984), llegando incluso a plantear propuestas de orden terapéutico, que pretenden subsanar problemas presentes en este proceso de reproducción, a partir de la elaboración de líneas de incidencia curativa.

Se han desarrollado también trabajos que proponen proporcionar información al respecto de lo que implica este proceso, de tal manera que la mujer embarazada esté preparada física y psicológicamente para ello, generándose así la intervención denominada parto psicoprofiláctico (Domínguez, 1986); así como estudios que buscan favorecer la adaptación de la madre y la familia con el hijo (Montiel, 1988).

Si bien definitivamente estas propuestas de incidencia psicológica, - que serán analizadas a lo largo del trabajo, resultan ser de utilidad para favorecer la reproducción humana y por tanto, para el desarrollo del individuo, se considera también importante abordar la etapa previa al evento, es decir la pregestacional, lo que implica la incidencia a nivel preventivo, a fin de visualizar aquellos mecanismos que permitan favorecer este proceso, para dar lugar a que se elimine el carácter patológico que se le ha atribuido y a que adquiera una manifestación "sana" y positiva para el individuo.

A este respecto, es importante resaltar que generalmente se ha partido (Urbina y Echánove, 1989) de considerar que el indicador más relevante de cualquier acción preventiva en la reproducción humana es el uso de anticonceptivos, argumentándose que ello favorece la salud de la madre y del hijo al lograr una disminución de la fecundidad.

En el presente trabajo, se intentará trascender este planteamiento, a partir de la propuesta de educación para la salud de San Martín (1984) en la que se sugiere la creación de "... una verdadera cultura de la salud que facilite la adopción de modos de vida sanos, favorables ...", - que en este caso girarían en torno al proceso de reproducción humana.

Y si bien, como el propio San Martín señala, esta creación deberá partir de contextualizar la reproducción, como objeto particular del proceso de educación, a partir de las estructuras sociales y de la cultura en que se presenta, no deberá caer en un determinismo social, pues "... el hombre tiene la capacidad de producir y cambiar sus comportamientos sin cesar, ajustándose a las exigencias individuales, ambientales, mentales y sociales"(San Martín, op cit).

Por ello, se establece como objetivo del presente trabajo, detectar los diferentes estilos de vida relativos al proceso de reproducción humana, a fin de trazar líneas de incidencia bajo las que la Psicología pueda propiciar el mejoramiento de las condiciones en que se genera, elaborando líneas de trabajo preventivo a partir de la etapa previa a la gestación.

Para cumplir tal objetivo, se partirá de diversos factores que serán analizados y elaborados a lo largo de este estudio:

En primera instancia, en el capítulo I será revisado el proceso de reproducción humana desde una perspectiva biológica, psicológica y social que se intentará no sea reducida a la simple acumulación de factores, sino como una integración de ellos que permitirá visualizarlo con sus

correlatos.

En el capítulo II, dada la importancia de conocer las condiciones actuales en que el proceso es circunscrito en nuestro país, se efectuará un análisis de la forma en que ha sido estudiado y abordado por el Sector Salud Nacional, representativo de estas acciones. A partir de ello, se detectará el enfoque terapéutico o preventivo que se le ha dado y las condiciones subyacentes a ello; asimismo, se analizará la educación para la salud, como una opción de trabajo que a pesar de no ser representativa de las acciones nacionales, se manifiesta como una interesante propuesta que se ha articulado favorablemente con el proceso en estudio.

Posteriormente, el capítulo III se dirigirá a la revisión de propuestas de orden psicológico encauzadas a la intervención en el proceso de reproducción humana. Ello permitirá visualizar las diferentes consideraciones que rigen el trabajo que la Psicología ha desarrollado en esta área.

Considerando el objetivo particular manifestado para este estudio, relativo a la prevención dentro del proceso de reproducción humana, el capítulo IV se dirigirá, en primera instancia, a puntualizar la importancia de la prevención y la identificación de las situaciones o comportamientos de riesgo; posteriormente, se analizará la forma en que se ha articulado el proceso de reproducción humana con la prevención y serán también identificados los lineamientos psicológicos generados en el área preventiva.

En el capítulo V se hará una revisión de los elementos y procesos presentes en el grupo operativo, considerando que es una propuesta de intervención psicológica que parte no sólo de estudiar la conducta sino de buscar un vínculo entre el comportamiento, el pensamiento y el sentir del individuo a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos suscitados en la aprehensión de la realidad.

Finalmente, en el capítulo VI, a partir del análisis generado en los capítulos previos, se trazará una propuesta de intervención psicológica - que contemple el conocimiento y aprehensión del proceso de reproducción humana por parte del individuo y de los mismos profesionistas, que facilite lograr, a través de un proceso preventivo, su transformación y -- asumpción como un proceso "sano".

I EL PROCESO DE REPRODUCCION HUMANA: CONCEPTUALIZACION E IMPORTANCIA

La reproducción, eje central de estudio del presente trabajo, es un evento de gran relevancia en la vida del ser humano pues le implica una serie de cambios en todos los niveles de su desarrollo. Por tanto, reviste una seria complejidad que no sólo despierta el interés de diversas disciplinas para abordar su estudio, sino que de hecho, hace imprescindible para su comprensión analizarlo desde diferentes puntos de vista que, interrelacionados, provean de los instrumentos suficientes para ello.

Dada esta trascendencia, su definición resulta ser también compleja; de hecho, incluso su propia denominación como tal, ha resultado difícil en el desarrollo del presente trabajo. Así, en primera instancia se pretendió aludir al tema de interés como maternidad, embarazo o bien nacimiento, pero, finalmente se optó por manejarlo como reproducción humana, considerando que este término da pie a incluir una gama de situaciones relacionadas con el surgimiento de una nueva vida, abordando tanto el ámbito familiar en que se presenta, como el del mismo ser engendrado.

A efecto de profundizar en su estudio, el presente capítulo se dirigirá a puntualizar su relevancia y definición bajo tres niveles de análisis básicos: biológico, psicológico y social.

Cabe indicar, al respecto de este análisis, que la escisión en los diferentes niveles será realizada sólo con fines explicativos pues, como se evidenciará posteriormente, se encuentran estrechamente ligados; asimismo, es importante resaltar que este proceso tiene una connotación histórico-social ya que como señalan Fernández y Arcelus (1988), la reproducción es vivida y experimentada según las formas de pensar de las diferentes culturas y en sus diferentes épocas.

1.1 LA REPRODUCCION HUMANA DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOLOGICO

La biología, como ciencia de los seres vivos, incluye el proceso de reproducción humana como una importante rama de estudio, que será a continuación explorada.

1.1.1 DEFINICION

La fertilización, como conceptualización biológica de la reproducción humana, ha sido considerada por Mc Cary (1982) como la simple unión de las células germinales masculina y femenina, el espermatozoide y el óvulo, - para crear una célula a partir de la que se desarrolla un nuevo ser.

Esta unión celular repercute en la fisiología de la mujer que la experimenta, así Bellack (1965) puntualiza una serie de cambios en el funcionamiento normal de aparatos y sistemas femeninos durante el embarazo, producidos por mensajes hormonales generados en el organismo.

En este sentido, el primer signo indicador del embarazo es casi siempre la pérdida del período menstrual o amenorrea, como resultado de la preparación de la pared uterina para la implantación del óvulo fértil (Macy y Falkner, 1980).

Se presentan también cambios en el tamaño de las glándulas mamarias, náuseas, fátiga, aumento del tamaño del útero, crecimiento del abdomen y otros más que, como se verá posteriormente, influyen en la conformación de rasgos particulares de la personalidad de la mujer y su interacción con su ambiente; cambios que se presentarán de manera diferencial, dependiendo de sus propias características orgánicas, psicológicas y sociales.

Cuando la mujer embarazada tiene un compañero estable, en ocasiones son también detectados cambios en él; así, se ha reportado (Macy y Falkner, - op cit) que algunos hombres presentan dolores de cabeza, náuseas, irritabilidad, así como diversos cambios en el ánimo y comportamiento, para los que la única explicación disponible es el mismo embarazo. De ahí que la propuesta de hablar no de una mujer embarazada sino de una pareja em-

barazada, resulta ser bastante objetiva y realista para aquellos casos en los que existe una real interacción física y emotiva.

1.1.2 IMPORTANCIA

Desde el punto de vista biológico, la reproducción reviste una gran relevancia, dado que es la forma en que el ser humano se propaga y se conserva como especie. En este sentido, puede percibirse que aún bajo este nivel básico de análisis, la reproducción humana no es un evento de exclusividad femenina pues como propagador de la especie humana, atañe -- por igual a ambos sexos.

Asimismo, cabe indicar que si bien esta perspectiva biológica es válida e importante, sólo es el punto de partida para un sistemático y completo análisis de la reproducción humana, pues no es posible entenderla en su justa dimensión únicamente con esta conceptualización. De hecho, puede decirse que un trabajo que pretenda incidir partiendo de este nivel, necesariamente implicará un reduccionismo biológico, que aún contra lo que pudiera imaginarse es muy frecuente, como podrá comprobarse posteriormente en el apartado relativo al abordaje actual de la reproducción en nuestro país.

1.2 LA REPRODUCCION HUMANA DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO

Frecuentemente al referirse a la Psicología de la Reproducción, como - Oakley (1980) señala, se le sitúa como una subdivisión de la Psicología de la mujer, evidenciando con ello una postura sexista que anula la incidencia e importancia del hombre en este proceso y que lo ubica como - simple fertilizador del óvulo femenino, sin reconocer su carácter como ente biopsicosocial activo en la conformación de un nuevo ser.

Esta connotación puede ser identificada como resultado de la frecuente realidad en la que la mujer se asume y es asumida como embarazada, como la única responsable de la llegada de su hijo y la que aún cuando no lo desee debe tenerlo y esperarlo con gusto, ^o pena de ser catalogada como una mala mujer e incluso negarle su carácter femenino.

Se ha llegado también a considerar la psicología de la reproducción no sólo como una subdivisión de la femenina sino que incluso se ha manejado como sinónimo, de tal forma que el concepto de psicología de la mujer se reduce al ser madre.

Tal planteamiento puede ser atribuido a que en nuestra cultura tradicionalmente se ha considerado que la función más importante de la mujer, la única forma de realizarse como tal y de evidenciar su femineidad, es a través de la maternidad.

Así, se enfatiza que la única finalidad de sus interacciones sexuales-genitales debe ser la misma reproducción, dejando de lado el carácter erótico que tanto para la mujer como para el hombre conllevan estas interacciones.

Estos planteamientos que estereotipan a la mujer y que le son inculcados desde la infancia al reiterarle que está hecha para engendrar y que su plena realización sólo será lograda a través de la maternidad, producen una gran frustración cuando por determinadas circunstancias personales y sociales, el hijo deja de ser el tesoro inapreciable y el engendrar deja de ser una función sagrada, para convertirse en un evento contingente, inoportuno e incluso, "... un obstáculo para la femineidad largamente buscada ..." (Beauvior, 1949)

1.2.1 CONCEPCIONES PSICOLÓGICAS

A continuación se mencionarán diferentes análisis psicológicos que al respecto de la reproducción humana se han generado:

1.2.1.1 REPRODUCCION HUMANA Y EL ANALISIS PSICOLOGICO DE LA MUJER

Para el análisis freudiano, del que Oakley (op cit) hace una revisión, el tener un bebé refleja la envidia del pene masculino por parte de la mujer que con la maternidad encuentra la única forma de ser superior a su compañero; establece, asimismo, que la sexualidad lleva implícitos tanto el erotismo como el engendrar, por lo que la maternidad es catego-

rizada como un impulso y necesidad femenina; bajo esta perspectiva se interpreta también que los problemas posteriores al parto son manifestaciones de defectos intrínsecos de la personalidad femenina.

Posteriormente, con el desarrollo del psicoanálisis, se generan nuevas posturas que de alguna manera retoman los principios freudianos establecidos. Así, Soifer (1971) partiendo de observaciones clínicas, manifiesta que existen momentos específicos de incremento de ansiedad durante el embarazo, definidos por el comienzo de la gestación y la formación de la placenta; ante la percepción de movimientos fetales; ante el cambio notorio de la estructura corporal y en los días previos al parto.

Son elaboradas también, señala la misma investigadora, diversas interpretaciones analíticas para los diferentes síntomas y comportamientos durante el embarazo. Así, se considera que la hipersomnia, síntoma caracterizado por la necesidad que tiene la mujer embarazada de dormir mucho más de lo habitual, corresponde a una regresión que asume las características de una identificación fantaseada con el feto.

Esta reacción, considera Soifer (op cit), es inducida por la percepción de cambios orgánicos y hormonales y la sensación de incógnita que prevalece en la mujer; su presencia resulta ser provechosa en la medida que proporciona al organismo una cuota mayor de reposo, necesario para la labor que inicia.

Establece, también, que las náuseas y vómitos sirven para evidenciar el embarazo pues se presentan generalmente hasta que la modificación corporal lo hace presente. Al respecto, Méndez (1988) considera que estos síntomas manifiestan más bien una repulsión inconsciente al embarazo, que requiere ser superada en su transcurso.

Al ir evolucionando el proceso, se presentan otras manifestaciones psíquicas, como " la sensación del chico que da patadas ", que corresponde a un mecanismo inconsciente de proyección, en base al que se desplaza

sobre el niño una imagen terrorífica, percibiéndolo como un ser peligroso cuyos movimientos bruscos, agresivos y sádicos amenazan con causar un severo daño a la madre. Esta percepción de la mujer embarazada es considerada como la expresión de un profundo estado de ansiedad por el temor al hijo en sí mismo, que aparece, con justa razón, como un desconocido, un ser cuyo sexo, forma, carácter, son una incógnita; asimismo, está el miedo a la responsabilidad asumida, que frente al vientre materno ya desarrollado, adquiere características de hecho concreto.

Se presentan, según señala Soifer, ciertos mecanismos maníacos, tales como la ensoñación, las fantasías de un hijo hermoso y bueno que la colmará de felicidad; mecanismos que si no son excesivos, permitirán la prosecución del embarazo con tranquilidad.

En estos estudios psicoanalíticos es enfatizado (Langer, 1964) que la maternidad se encuentra íntimamente ligada con las vivencias tempranas de la mujer, cuyas raíces son la primera relación madre-hija.

Langer (op cit) establece que la mujer desea un hijo como un medio para recuperar a su propia madre y porque le permitirá identificarse con ella. Se reconoce asimismo, la influencia de causas más conscientes o racionales, como el deseo de revivir su propia infancia en el hijo, para darle lo que ella no tuvo.

1.2.1.2 REPRODUCCION HUMANA Y EL ANALISIS PSICOLOGICO DEL HOMBRE

Es de relevancia considerar que el estudio analítico de Soifer reconoce la importancia que el compañero de la mujer embarazada tiene. Así, establece que él percibe inconscientemente el estado de su compañera, expresando en sus sueños el entremezclamiento de elementos persecutorios con respecto al hijo como futuro rival.

El embarazo reactiva también en él, la problemática inconsciente en relación con la figura femenina y puede, en los casos en que no fue resuelto adecuadamente el conflicto, reactualizar viejas situaciones infanti-

les y de la adolescencia.

Se presenta al igual que en la mujer, en ocasiones, la ensoñación y la espera de ver realizados en sus hijos todos aquellos deseos personales insatisfechos.

Este análisis evidencia, como la propia Soifer indica, que el embarazo es una situación que involucra no solamente a la mujer en sí, sino también a su compañero y al ambiente social inmediato que, inevitablemente la acompañan en su proceso psicológico.

1.2.1.3 REPRODUCCION HUMANA Y EL ANALISIS PSICOLOGICO DEL SER PROCREADO

Frecuentemente cuando se aborda el plano psicológico de la reproducción humana se refiere básicamente a las respuestas que la mujer puede tener durante el período de embarazo, pero muy ocasionalmente se aborda el plano masculino y el del bebé por nacer; sin embargo, resulta muy importante su inclusión para poder dar su justa dimensión al proceso. Así, se ha evidenciado (Fabricant et al, 1986) que el bebé presenta definitivamente una interacción con el ambiente aún antes de nacer.

En este sentido, en China y Japón (Macfarlane, 1977) se ha considerado que el niño tiene ya en el momento de nacer nueve meses de edad, reconociéndose de esta manera su existencia a lo largo de su desarrollo dentro del útero materno, desde el momento mismo de su concepción.

Así, no sólo se considera que las actividades y sentimientos de la mujer son de alguna manera percibidos por el ser procreado, sino que incluso el propio feto actúa en la psicología de la madre. Al respecto, Hytten (1976) indica que "... el feto es un ser egoísta que tan pronto como ha sido engendrado en las paredes uterinas, se dispone a asegurarse que se satisfagan sus necesidades, sin preocuparse de las molestias que pueda ocasionar ..."

1.2.2 EL PROCESO DE REPRODUCCION HUMANA COMO CRISIS MADURACIONAL

Fernández y Arcelus (1988) establecen que el embarazo revive conflictos psicológicos de fases de desarrollo previas al embarazo considerando que si ésta situación que implica una crisis es bien aprovechada, puede contribuir a solucionar antiguos conflictos, logrando así un crecimiento psicológico.

Para que se logre esta positiva resolución y por tanto una adecuada aceptación del hijo, es indispensable que la mujer siga un proceso de adaptación, integrado en primera instancia por la incorporación y aceptación del feto; posteriormente por la diferenciación entre la madre y el feto como individuo y finalmente, la separación de la madre de su bebé en el parto.

A continuación, a partir del trabajo efectuado por Fernández y Arcelus - (op cit), se realizará una revisión de los principales conflictos que se presentan durante el embarazo y después de él, tanto en la mujer como en su pareja.

1.2.2.1 PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Durante el primer trimestre la mujer se siente confusa y ambivalente ante sus sentimientos con respecto al embarazo y su rol de madre. Se siente ansiosa por la responsabilidad que implica y preocupada por el tiempo que tendrá que dejar los intereses y actividades previas al embarazo.

Se encuentra, asimismo, pensativa al respecto de la relación entre ella y su madre y se enfatizan sus sentimientos de amor-odio; frustración-satisfacción; dependencia-relación; cercanía-distancia.

El manejo de estas situaciones, que contribuirá a alcanzar equilibrio, se encuentra supeditado a factores tales como: estructura de la personalidad, tipo de presiones reales que rodean al embarazo y la calidad del apoyo que reciba.

En este sentido, puede decirse que la tarea más importante a que se enfrenta la pareja en este período es la de aceptar la realidad de su concepción y a tomar conciencia de todo lo que esto implica.

Durante este período en ocasiones se manifiestan sentimientos de culpa por las circunstancias bajo las cuales se presentó el embarazo o las motivaciones que dieron lugar a tener el bebé, que pueden ser evaluadas como egoístas o poco realistas.

Al respecto de las relaciones sexuales entre la pareja, es frecuente que la ansiedad, las presiones, los malestares físicos no las favorezcan. Asimismo, se presenta temor ante la posibilidad de aborto y ciertos sentimientos de culpa.

El compañero de la mujer embarazada puede experimentar orgullo ya que la fertilidad de la mujer reafirma su masculinidad, presentando también ciertos temores y ambivalencia ante los cambios físicos y emocionales de su pareja. Puede también experimentar cuestionamientos en cuanto a su rol paterno y revivir antiguos conflictos con respecto a la relación con su padre; la tradicional responsabilidad del sustento de los hijos adjudicada a él, puede producirle tensión y angustia.

1.2.2.2 SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Este período se caracteriza por ser el más estable. El temor al aborto pasa y también disminuyen o desaparecen los malestares del inicio del embarazo.

Los sentimientos ambivalentes empiezan también a definirse; el abdomen al crecer, manifiesta objetiva y palpablemente el embarazo, lo que facilita en aquellos casos en los que el hombre participa en este proceso, que asuma una posición más activa.

Por otra parte, al percibir la mujer la vitalidad del feto, empieza a diferenciarlo de ella misma, provocándole en ocasiones ciertas sensaciones

de regresión o temor al sentir que esa criatura se mueve dentro de ella sin que pueda evitarlo. Tal situación requiere para ser superada, de la ayuda y apoyo de su compañero.

Al respecto de la sexualidad, durante este período generalmente aumenta, así, muchas mujeres expresan sentirse más realizadas pues las molestias del primer trimestre van desapareciendo y existe un aumento en la lubricación vaginal y en el flujo sanguíneo del útero y zona pélvica, lo que puede provocar que la respuesta sexual sea más rápida.

En este trimestre, el compañero tiene la posibilidad de involucrarse más en el embarazo al sentir la necesidad de tocar el producto y buscar sus formas a través del vientre materno. Se presenta también, la posibilidad de empezar a identificarse con su rol de padre y con las sensaciones que esto le provoca, así como una mayor reafirmación de su identidad sexual ante la obiedad del embarazo.

En ocasiones, el hombre manifiesta cierto temor y preocupación ante los cambios corporales de su mujer ya que no sabe como reaccionar ante una mujer diferente de la que conocía previamente e incluso, algunos hombres manifiestan celos, debido a la posibilidad que su compañera tiene de gestar a un ser vivo.

1.2.2.3 TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

El interés fundamental de este período generalmente está en el bebé y en como conceptualizarlo como algo diferente e individual; hay una gran energía dirigida a prepararse para el parto y para recibir al nuevo ser. Los grandes cambios que en la imagen corporal se han gestado, provocan variados sentimientos que van desde el horror hasta el orgullo.

El octavo mes generalmente es difícil. El bebé tiene casi su tamaño y peso completos y debe acomodarse adecuadamente para el momento del nacimiento, provocando en la madre incomodidad y temor a no ser capaz de soportar hasta el final del embarazo. En este sentido, se ha encontrado que inclu

so algunas mujeres realizan más actividades como defensa ante el temor de perder el control durante el trabajo de parto, o al de que algo salga mal, así como a la anticipación de la responsabilidad de ser madre.

Debido a estos radicales cambios emocionales y físicos, la sexualidad se ve disminuida y se manifiestan temores y ansiedades.

Ante estas sensaciones y actitudes, la mujer requiere de apoyo, aprobación y reconfirmación del amor por parte de su pareja.

1.2.2.4 PARTO

El parto es la culminación de nueve meses de espera de la llegada de un nuevo ser; es una experiencia de reto que es encarada de diferentes maneras: desde el considerarla una experiencia culminante de un ciclo vital, prueba de la competencia femenina, hasta una amenaza de su propia identificación como seres independientes.

De este proceso se considera (Colman y Colman, 1971) que, quizá la experiencia que tiene mayor número de repercusiones psicológicas es la pérdida de control, pues la mujer se enfrentará a esperar que su útero expulse al bebé independientemente de lo que ella haga o deje de hacer.

En el desarrollo de este proceso, se presentan diferentes actitudes de acuerdo al particular momento que se experimente.

Así, durante la primeras dilataciones, las primíparas reaccionan generalmente con entusiasmo suponiendo que en esta fase termina todo y que no es tan difícil como lo habían supuesto, mientras que las multíparas recordarán partos previos y el inicio de etapas más difíciles, experimentando altos niveles de ansiedad.

Posteriormente, al incrementar la frecuencia e intensidad de las contracciones, algunas mujeres pierden la confianza y se sienten aisladas y aterrorizadas.

Finalmente, en el momento de la expulsión, se presentan o bien una resistencia, reflejando el miedo a dejar de estar embarazada y asumir la maternidad o por el contrario, un deseo de expulsar muy rápido, - por la preocupación del bebé o por querer deshacerse de él.

Una vez que su hijo ha nacido, la mayoría de las mujeres desean verlo y cargarlo para asegurarse que nació bien y completo; presentan sensaciones entremezcladas de alivio, decepción y éxtasis

1.2.2.5 POST-PARTO

La llegada del nuevo ser implica una serie de cambios para la gente - que lo rodea, especialmente para sus padres y hermanos, que tendrán - que pasar por un período de reajuste a fin de desarrollar nuevos roles e identidades.

Inicialmente se presenta una incorporación en la que la mujer necesita estructurar y dar significado a las variadas e intensas experiencias por las que acaba de pasar; por ello y a fin de elaborar todo esto, platicará repetidamente lo sucedido.

Posteriormente, se empieza a organizar el nuevo estilo de vida, presentándose ciertos sentimientos de inadecuación ante lo problemático de realizar algunas de las actividades maternas.

Finalmente, se presenta la aceptación de la individualidad del bebé al asumir que es una persona con características propias e independientes.

1.2.3 COMENTARIOS

Los análisis psicológicos planteados previamente desde la perspectiva de Soifer (op cit) y de Arcelus y Fernández (op cit), resultan ser bastante aproximados y reales pues de hecho parten de objetivos estudios clínicos que proporcionan importantes datos; sin embargo, las muestras sobre las que se trabajó están circunscritas a lo que podría llamarse condiciones óptimas, es decir, aquellas en las que el proceso de procreación se

presenta dentro de un marco familiar con un padre y una madre que de alguna manera desean tener hijos.

Tal sesgo en la muestra y por tanto en la información, presenta discordancias con otros sectores de la población en los que, desafortunadamente, es muy frecuente encontrar la presencia de embarazos no solamente no planeados sino incluso no deseados, así como diferentes actitudes, como por ejemplo, las diversas expectativas en el sexo del bebé - por nacer y el enfrentamiento con la realidad; diferentes formas de asumir la maternidad de acuerdo a la historia, estado civil, edad de la mujer, embarazos previos y sus resultados, etc.

Así, puede decirse que para poder realizar un objetivo estudio psicológico del bebé por nacer, se hace evidente la necesidad de incluir en cualquier estudio que pretenda abordar la reproducción humana, el análisis de las respuestas e interacciones del individuo procreado desde el momento de su concepción, en el marco de las expectativas y planeación de su llegada.

1.2.4 IMPORTANCIA PSICOLOGICA

La reproducción tiene definitivamente una gran relevancia para el desarrollo humano; así, Fernández y Arcelus (op cit) le han adjudicado un lugar como crisis maduracional en la que se ponen en juego los recursos psicológicos de la mujer, la pareja y la familia y que pueden conducir bien a una enorme satisfacción o bien a grandes frustraciones.

En este sentido, Deutsch (1947) ha ubicado a la maternidad en un lugar preponderante como "... un evento por medio del que la mujer se realiza totalmente pero y sólo a condición de que haya sido libremente asumida y sinceramente querida..." Para ello, señala, es preciso que la mujer esté en una situación psicológica, moral y material que le permita manejarla y afrontarla adecuadamente, pues de lo contrario, las consecuencias serían desastrosas. Por tanto, considera, es criminal aconsejar que se tenga un hijo como remedio de mujeres melancólicas o neuróticas.

pues ello significa la desdicha no sólo de la mujer sino también del hijo.

Por ello, puede decirse, ampliando lo propuesto por Deutsch, quién se refiere únicamente a la mujer, que sólo la pareja equilibrada, sana y consciente de sus responsabilidades, es la única capaz de llegar a ser una buena procreadora y creadora de hijos.

En la misma línea, Beauvoir (op cit) puntualiza que es un engaño altamente decepcionante pensar que un hijo traerá plenitud, una calidad y un valor que no se ha sabido crear personalmente. Asimismo, y retomando lo enunciado por Stekel (1947), puede decirse que los hijos no reemplazan a ningún objetivo destruído en la vida de la pareja que los procrea.

Por lo anteriormente expuesto, puede concluirse que la importancia psicológica de la reproducción humana es evidente para el desarrollo de la pareja que engendra, pues le implica una serie de cambios en todas las áreas de su vida que, requerirán de un nivel de equilibrio emocional para poder sortearlos y manejarlos de tal forma que contribuyan a su realización como seres humanos.

Por otra parte, es evidente también que de la forma en que se desarrolle este proceso de reproducción en la pareja, dependerá también en gran medida, la favorable evolución psicológica del hijo procreado.

Tal situación hace evidente la necesidad de incidir en el campo de la reproducción humana a partir de la consideración, análisis e incidencia de aquellas condiciones en que se presente y que intervienen en su desarrollo.

En esta línea, será importante analizar el sentir, pensar y actuar de la pareja, detectando las variadas formas en que es asumido en las diferentes edades, bajo diversos estados civiles, de acuerdo a la integración familiar y a otros elementos relacionados con el proceso.

1.3 LA REPRODUCCION HUMANA DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOLOGICA

Considerando el carácter social que tiene el ser humano, resulta evidente la necesidad de analizar todos los eventos relacionados con él, desde la perspectiva de la sociología. Así, con la finalidad de ubicar la reproducción humana en su justa dimensión, este inciso será dirigido a - identificar la conceptualización sociológica que al respecto existe.

1.3.1 HISTORICIDAD DEL PROCESO DE REPRODUCCION HUMANA

El análisis histórico de la reproducción evidencia que el tener un bebé, además de ser un acto eminentemente biológico, es también un acto cultural que es percibido y conceptualizado de diferentes formas y que refleja (Kitzinger, 1978) diversos valores sociales que responden a la situación histórico-temporal en que se ubiquen.

En este sentido, estudios realizados por la antropóloga Mead (1949) han evidenciado que el concepto al respecto de lo que es ser mujer y lo que es ser hombre, así como las diferentes funciones femeninas, como menstruación, maternidad, parto, etc, varían notablemente de cultura a cultura.

Al respecto del objeto particular de este estudio, Mead detectó que para algunas culturas el parto implica un periodo problemático de gran sufrimiento y dolor, mientras que para otras, es un evento normal que forma parte del desarrollo y que no tiene porque producir ningún malestar. En este sentido, la investigadora concluye que la naturaleza es increíblemente maleable y que responde básicamente a las condiciones que le circundan.

Estudios actuales (Oakley, op cit) por otra parte, han establecido que la reproducción depende básicamente de la posición que la mujer ocupe en su comunidad, considerando que precisamente el elemento femenino es el asociado directamente con el proceso de generación y mantenimiento de las especies. ▽

1.3.2 CONCEPTOS VINCULADOS CON LA REPRODUCCION HUMANA

Considerando la relatividad de la conceptualización del proceso de reproducción humana, a continuación se enunciarán algunos de los conceptos sociales que actualmente se encuentran vinculados con ella.

1.3.2.1 LA MATERNIDAD COMO PERIODO PROBLEMÁTICO

El embarazo es frecuentemente descrito (Breen, 1980) como un problema que será revertido una vez que la mujer retorne a su estado "normal" - previo. Así, se ha considerado que es común que en este período problemático se presenten alteraciones emocionales (Valderrama, 1988) que serán eliminadas una vez que la mujer retorne a su vida "usual" previa al embarazo.

Tal planteamiento lleva a que tanto la mujer como el medio que la rodea perciban que durante el embarazo está enferma y que tendrá que librar - diferentes luchas. Con ello, se da un enfoque negativo a este proceso, hecho que queda puesto de manifiesto en las políticas de sanidad hacia él dirigidas, y que serán analizadas en el siguiente capítulo.

1.3.2.2 LA MATERNIDAD Y EL TRABAJO REMUNERADO DE LA MUJER

Anteriormente, y de hecho en varias culturas de nuestro país, se da como una contundente realidad el considerar que la finalidad de la vida - femenina es casarse y tener hijos; actualmente, sin embargo, las condiciones sociales imperantes en las que se presentan crisis de vivienda, educación, alimentación, etc, han obligado a la mujer a desarrollar - un trabajo remunerado, casi siempre con la única finalidad de contribuir o solventar sola la economía familiar.

En este contexto, el hijo en ocasiones adquiere el carácter de obstáculo económico y social por el que la mujer se enfrenta a serios problemas en la búsqueda por conciliar su vida laboral y educativa con "sus obligaciones femeninas".

De esta manera, la mujer entra en conflicto consigo misma pues debe -

afrontar una serie de exigencias del medio, tales como la atención y cuidado de su trabajo y/o estudios y las de su hogar, esposo e hijos.

Esta situación la hace enfrentarse a serias contradicciones en las que el llamado "instinto maternal" que le ha sido inculcado desde la infancia, choca con sus necesidades de desarrollo profesional, educativo y económico, produciéndole depresión e insatisfacciones (Langer, op cit)

La mujer una vez embarazada, ya sea por su propia decisión o por la presión ambiental de "verse realizada como ente femenino", se enfrenta también a la situación de sentirse minusvalorada, de considerar que dado su estado, dejará de ser productiva pues sus funciones laborales tendrán - que verse disminuïdas e incluso anuladas en el período previo al parto.

Esta situación adquiere matices especiales al analizar las políticas laborales de contratación en las que habitualmente se evade dar trabajo a aquellas mujeres ubicadas en las etapas de mayor fertilidad, de acuerdo a su estado civil y edad, y aún más a aquellas embarazadas.

En este sentido, cabe indicar que como una forma de apoyar a la mujer embarazada, se han desarrollado ciertas políticas por parte del Sector Salud Nacional que le conceden 42 días previos y 42 posteriores al parto como incapacidad. Sin embargo, esta situación aparentemente positiva con lleva dificultades cuando la mujer si bien deja de desempeñar su trabajo remunerado, se ve obligada a continuar laborando en su casa para satisfacer los requerimientos que su hogar le plantea.

1.3.2.3 LA REPRODUCCION Y LA SEXUALIDAD

Frecuentemente el análisis de la reproducción humana se circunscribe a considerarla como sinónimo de la femineidad, mitologizando con ello la actividad sexual femenina como fuente exclusiva de reproducción.

Tal situación conlleva a negar la trascendencia que tiene para la mujer la sexualidad en sí como erotismo, como satisfacción y desarrollo indivi

dual e independiente de las funciones reproductoras

En este sentido, el propio Freud (1948) puntualizaba ya que las sanciones en contra de la expresión de la sexualidad femenina como placer más que como reproducción, se presentan tanto en el nivel y fantasía de la propia mujer, como en la organización social en que se desarrolla y que toma forma en la familia, la ley, el estado, etc.

Así, en la actualidad, no obstante los cambios ideológicos que se están gestando, se considera que cualquier interacción sexual sólo puede ser dada en el marco del matrimonio y con el fin básico de procrear.

Tal situación impide una real identificación del plano erótico que por sí mismo implican las interacciones sexuales y que no tienen porque culminar con el proceso reproductivo.

Por otra parte, en los casos en los que la maternidad es ya un hecho, la conducta de la mujer embarazada y de su pareja al respecto de la sexualidad adquieren matices especiales. Así, en ocasiones siguen de alguna manera los lineamientos establecidos en el subíndice 1.2.2, es decir, presentando modificaciones de acuerdo al momento en que el proceso particular de embarazo se desarrolle, adquiriendo específicas manifestaciones que responden a sus particulares rasgos ideológicos y a las condicionantes, ya mencionadas, en que se presente el proceso de reproducción.

Al respecto, históricamente se han evidenciado actitudes y comportamientos de muy diversas formas. Por ejemplo, en la época precolonial en México se consideraba que las parejas próximas a tener un hijo, deberían disminuir e incluso eliminar la frecuencia de sus relaciones sexuales-genitales, argumentándose que en caso contrario podrían provocar deformaciones en el niño o bien porque el semen podría obstaculizar su salida durante el parto.

Se ha considerado también que la mujer embarazada debe dedicarse más a -

cuidar a su futuro hijo y olvidarse de sus propias necesidades y las de su pareja.

No obstante estas apreciaciones, se ha evidenciado (Lerer, 1986) que la mujer embarazada, en tanto no haya contraindicaciones médicas, no sólo puede mantener una vida activa sexual, sino que incluso debe vivirla para satisfacer sus necesidades físicas y las afectivas, pues resulta de suma importancia, especialmente durante este proceso, la cercanía, comunicación e intimidad con su pareja.

1.3.2.4 LA REPRODUCCION Y LA FUNCION SOCIAL DE LA MUJER

Como ya se mencionó previamente, el carácter femenino ha sido tradicionalmente asociado con el de ser madre, de ahí que la mujer adulta adquiera un lugar en la sociedad sólo en la medida que es capaz de procrear hijos. Por ello, el nacimiento de un bebé adquiere especial relevancia como paso simbólico para la primípara, del no ser madre a ser madre.

Este evento es de tal relevancia, por los cambios que implica en la vida de los individuos involucrados en él, que de hecho, según describen los antropólogos (Breen, 1980), la mayoría de las culturas elaboran ciertos ritos de pasaje.

En nuestra cultura puede decirse que existen ciertas prácticas que simbólicamente ayudan a regular la transición, tal como el descanso de la mamá en el hospital (que de hecho en México ha disminuido notablemente dadas las políticas económicas imperantes) para permitir que se haga cargo de su hijo, en primera instancia bajo supervisión.

Existen, asimismo, otras actitudes que la sociedad manifiesta hacia la mujer que da a luz, adjudicándole un nuevo rol en la sociedad, por considerar que con esta transición adquirirá madurez y estabilidad ante las responsabilidades que tendrá que asumir; se presentan también elogios y gratificaciones para aquella mujer que ha tenido un hijo.

Estas actitudes, cabe resaltar, sólo se presentarán en la medida que el embarazo sea ubicado dentro del marco matrimonial pues, en caso contrario, la mujer será rechazada por su medio, adjudicándole incluso membres tes que socialmente resultan agresivos como el de "madre soltera".

Es también relevante indicar que a la mujer que da a luz le es generalmente exigido socialmente que su hijo adquiriera el papel más relevante de su vida y que en cuanto nazca sienta un cúmulo de idolatración hacia él. Tal situación, que choca con la realidad en la que muchas de las mujeres sienten en primera instancia temor ante la responsabilidad que les implica un hijo al que por vez primera ven, produce en la mujer desagradables sensaciones pues le da pena y temor aceptar que de entrada no puede sentir ese glamoroso amor que tradicionalmente se ha considerado la mujer debe experimentar hacia su hijo.

1.4 COMENTARIOS GENERALES

De acuerdo a lo expuesto en este capítulo, puede detectarse que de ninguna manera resulta fácil definir el proceso de reproducción humana desde una perspectiva bio-psicosocial.

Tal dificultad queda puesta de manifiesto incluso desde el mismo nivel en que se fundamente su estudio. Así, por un lado, se corre el riesgo de dar mayor énfasis a uno u otro análisis (biológico, psicológico o social) dando lugar con ello a estudios con un reduccionismo que puede hacer perder la plena contextualización del evento; por otra parte, se corre también el riesgo de anular su objetividad al pretender abordarlo desde todas las perspectivas, proporcionando sólo un cúmulo de información sin una clara interrelación.

En este sentido, resulta indispensable dar su justa dimensión al proceso que evidentemente tiene una connotación biopsicosocial, pues todos estos factores le dan matices especiales.

Así, puede decirse que aún cuando parta de un nivel fisiológico, de hecho se encuentra no sólo interrelacionado sino incluso determinado por las condiciones histórico-sociales en que se presente, así como por la particular personalidad y comportamiento de la pareja en que se origine.

A fin de delinear el evento en cuestión y a partir de lo expuesto previamente, a continuación se expresan algunas particulares consideraciones:

Para el estudio de este proceso es necesario partir de su esencia como evento de pareja, que se gesta en ella y que idealmente debería desarrollarse así; sin embargo, frecuentemente la mujer es quien la asume como un proceso individual que la somete a un sinnúmero de presiones tanto internas como externas.

Con esta posición sexista que anula la incidencia masculina no sólo se crean trastornos en la mujer, sino también se impide que el hombre asuma el papel activo que le corresponde en el proceso de reproducción humana y que podría y debería ser continuado una vez que el hijo nazca.

Así, frecuentemente en los caso de parejas estables, el hombre al sentirse ajeno a su hijo considera que la mujer es la que debe atender las funciones de cuidado y atención del niño durante todo su desarrollo, negándose a sí mismo la posibilidad de crecer como ser humano en el desempeño del rol procreador de una nueva vida.

Por otra parte, cabe destacar que dado el carácter histórico-social del evento, de ninguna manera puede considerársele como "natural o instintivo", como algo que la mujer requiera para alcanzar su lugar como ente femenino o como algo que el hombre deba vivir para manifestar su potencialidad masculina.

Al respecto, frecuentemente se maneja que la mujer sólo será tal si es capaz de procrear un hijo, negándose con ello su capacidad y su derecho de verse involucrada en otros eventos también relevantes para su desa-

rollo como individuo.

Se ha llegado también a establecer que el amor maternal es un sentimiento que la mujer debe experimentar desde que su hijo se está gestando y aún más después que nace. Con tales planteamientos se enfrenta a la mujer a serias contradicciones y frustraciones personales pues, frecuentemente no puede sentir toda esa idolatría antes de conocer, identificarse y vivir realmente con su hijo.

Es importante resaltar que de ninguna manera se pretende soslayar la relevancia de la maternidad, como trascendente proceso que puede producir una gran alegría y motivar un desarrollo para la pareja; pero ello sólo se dará cuando ambos la asuman como una manera más de manifestar su amor, el deseo de continuarlo, el deseo de gestar una nueva vida en la que no se volcarán las frustraciones o se pretenderá lograr lo no alcanzado en la propia, sino una nueva vida que amar, con la que se contribuirá a su desarrollo, pero que también será respetada como algo diferente a la propia. Así, un hijo no vendrá a subsanar carencias, sino a generar nuevos desarrollos.

En este sentido, cabe mencionar que en ocasiones un hijo no es deseado como una manifestación de amor, sino como un instrumento para lograr la compañía de una pareja o cuando menos la del mismo hijo, para adquirir un status en la sociedad, para retener a un compañero que realmente no lo es, para satisfacer necesidades y carencias de quienes lo procrean sin tomar en cuenta su verdadero valor, su esencia como ser humano.

Por ello, puede decirse que la reproducción es un evento interesante, bello, que contribuye a perpetuar la especie así como, cuando es bien encauzado, puede favorecer el desarrollo del individuo y su comunidad; sin embargo, de ninguna manera puede considerarse como indispensable para que la mujer sea feliz. En este sentido, la mujer que no anhela tener hijos o que no puede tenerlos, de ninguna manera es anormal o incompleta, pues como ser humano tiene muchos otros valores que desarrollar. Por tan-

to, considero, la mujer debe tener toda la libertad de asumir o no el -
proceso de maternidad y de ninguna manera le puede ser impuesto bajo nin
gún tipo de presión.

II PROCESO DE REPRODUCCION HUMANA: INCIDENCIA ACTUAL DEL SECTOR SALUD EN SU AMBITO.

La importancia, ya evidenciada, del proceso de reproducción humana en los niveles biológico, psicológico y social, ha generado que sea abordado desde muy diversas perspectivas en los diferentes momentos históricos del devenir humano.

Por ello, en el presente capítulo se analizará la forma en que sobre ella se ha incidido en México, contextualizando el trabajo nacional en las acciones de índole internacional, pues definitivamente no puede ser circunscrito al territorio, dado que, como se evidenciará posteriormente, diferentes relaciones lo ligan con el mundo externo.

para llevar a cabo este análisis, en primera instancia, en el subíndice 2.1, se partirá del trabajo de investigación y práctico realizado generalizadamente por el sector institucional de salud, considerando sus acciones como representativas de la labor nacional en esta área; posteriormente, en el subíndice 2.2, se revisará una interesante propuesta de intervención para el abordaje de la reproducción humana, a través del proceso denominado educación para la salud, que ha sido desarrollado en el Instituto Nacional de Perinatología. Finalmente, en el capítulo III, se particularizará al respecto del trabajo psicológico generado hasta el momento. Con ello, por un lado se permitirá visualizar las actividades concretas realizadas y por otra parte, al delimitar los parámetros e indicadores base de estudio, se dará pauta a identificar las diferentes concepciones que tácita o explícitamente los sustentan.

2.1 ACCIONES NACIONALES GENERALIZADAS

A continuación se hará un análisis de las características y parámetros en que se fundamenta el trabajo comúnmente desarrollado por el Sector Salud Nacional.

2.1.1 LA REPRODUCCION HUMANA Y SU CARACTER PRIORITARIO

En 1978 la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, organizaron la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, teniendo como objetivo básico (OMS, 1978) evaluar la situación actual de la salud y de la asistencia sanitaria en todo el mundo, a fin de definir funciones nacionales e internacionales encauzadas a la promoción de la Atención Primaria.

Una de las conclusiones básicas generadas en esta reunión fue el establecimiento de trece indicadores para cuantificar la cobertura de una región o sector de la población con Atención Primaria a la salud; indicadores que han sido retomados por los diferentes países. En México de hecho han sido considerados como base de las acciones nacionales de salud (Kumate et al, 1989).

Entre las proposiciones planteadas cabe destacar tres estrechamente -- vinculadas con el tema particular de este estudio: cuidado prenatal, -- cuantificado por la proporción de embarazos que tuvieron por lo menos una consulta prenatal; atención del parto, referida a la proporción de nacimientos atendidos por personal preparada y; puericultura, al respecto de la proporción de lactantes que tuvieron por lo menos un contacto con una instalación de salud.

La relevancia atribuida a estas áreas ha sido puesta de manifiesto en las políticas mexicanas generadas; así, se ha definido el trabajo referido a la reproducción humana como uno de los más importantes programas de salud, adjudicándole un carácter de estrategia ineludible para el desarrollo (Soberón et al, 1988).

Cabe considerar, en este sentido, que si bien resulta relevante y positivo conferirle a la reproducción humana un carácter prioritario dentro de las políticas de salud, el hecho de que esta atribución sea impuesta por presiones externas, como se analizará en el apartado relativo a las políticas, resulta ser negativo, no sólo por la ingerencia ex

terna que por sí misma evidencia el nivel de autonomía del país, sino - porque al surgir fuera del contexto nacional, parten de necesidades ajenas a la realidad social.

2.1.2 INDICADORES DE LA REPRODUCCION HUMANA

El estudio del proceso de reproducción humana ha sido circunscrito al - de la fecundidad. Así, el norteamericano Campbell (1986) establece en - su manual para el análisis de ésta que, la descripción cuantitativa del mencionado proceso está sustentada en las mediciones de fecundidad tomadas a partir del reporte femenino y que incluyen:

- Historia marital y de la fecundidad: número de embarazos, sexo, fecha de nacimiento de los hijos, número de matrimonios, fecha, causa de - terminación, etc.
- Fertilidad como capacidad de procrear.
- Nacimientos previstos
- Número de hijos ideal y deseado
- Métodos de control de la fecundidad conocidos
- Historial anticonceptivo
- Grado de éxito de la planificación familiar

En este manual se sugieren también diferentes tipos de variables que - pueden relacionarse con la fecundidad como elementos causales, tales como: residencia, ocupación, instrucción, religión, afiliación étnica, nacionalidad, raza de la pareja que procrea al hijo; así como las características psicológicas, por ejemplo, la autoridad de un cónyuge sobre - otro, el grado de fatalismo, de alienación, etc.

Esta perspectiva para describir cuantitativamente la reproducción humana es retomada en México; así, la más reciente Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud realizada en 1987 planteó (Urbina, 1988) como objetivo, actualizar el análisis sobre el comportamiento reproductivo de la - población mexicana, dentro de un marco de referencia demográfico y de - salud, así como estudiar sus características y tendencias en el contexto social y económico que prevalece en el país, comparando sus hallaz-

gos con los obtenidos en previas investigaciones.

Dada la relevancia de sus resultados, a continuación serán presentados, complementándose con los generados en otros trabajos del Sector Salud Nacional.

2.1.2.1 NIVELES DE FECUNDIDAD

Al respecto de este parámetro, Cabrera (1989), ganador del Premio Nacional de Demografía 1988 indica que, en términos generales, la población mexicana disminuyó su índice de natalidad al pasar de 3.5 en la década de los 70's al 2.1 en 1988, lo que implica que la fecundidad bajó en un 40 %; sin embargo, puntualiza, el decremento proviene de las clases acomodadas, ya que en los estratos bajos-urbanos y en el medio rural, ésta se incrementó al doble.

Por otra parte, el análisis de grupos por edades en mujeres en etapa fértil realizado en la Encuesta Nacional de Fecundidad, indica (Palma y Echarri, 1988) que en el período comprendido entre 1974 y 1987, hubo una disminución de la fecundidad, siendo más importante el descenso hasta 1982 y disminuyendo el ritmo entre 1982 y 1987.

Se detectó, asimismo, que las mujeres en edades extremas del período fértil (menores de 19 y mayores de 35 años) fueron las que en mayor medida redujeron su fecundidad. Ello es analizado bajo dos perspectivas: desde el punto de vista de la salud, es positivo en cuanto que este grupo es el que presenta mayores riesgos durante el embarazo; por otro lado, al ser los grupos con menores niveles de fecundidad, el impacto de su disminución es menor en la tasa global.

La comparación del número medio de hijos por mujer para cada grupo por edad, muestra también descensos, particularmente en los grupos de edad comprendidos entre los 30 y 40 años.

2.1.2.2 USO DE ANTICONCEPTIVOS

Las disminuciones de población anteriormente mencionadas son atribuidas básicamente a la difusión y aceptación cada vez más amplia de los métodos anticonceptivos.

En este sentido, Cervantes (1988) señala que en 1976 el porcentaje de usuarias activas con respecto a las mujeres mayormente expuestas al riesgo de concebir, era del 30 %, incrementándose a 37.8 y 47.7 % para 1979 y 1982, respectivamente.

De hecho, se indica que este aumento progresivo se ha mantenido, ya que en 1987 "... el 53 % de la población de mujeres unidas se encuentra 'protegida' por un método anticonceptivo..." (Cervantes, op cit)

En lo que se refiere a métodos empleados, se detectó una evolución en favor de los métodos anticonceptivos considerados modernos; así, en 1976 cerca del 70 % de las usuarias activas estaba protegido por un método eficaz y moderno, 7 % usaba un método local y un 23 % aceptaba un método tradicional (ritmo, retiro o hierbas). En 1982 esta distribución había cambiado a 83, 4 y 13 % respectivamente. Por otra parte, en 1987 se observan menos cambios, manteniéndose en un nivel parecido el porcentaje de métodos tradicionales (14.4 %), siendo ello atribuido a dos diferentes circunstancias: bien al mayor uso entre grupos de mujeres con poca información o bien al incremento de mujeres con mayor educación y más información acerca de los problemas de posibles efectos colaterales de los métodos considerados como eficaces.

La preferencia hacia uno u otro método anticonceptivo es atribuida (Cervantes, op cit) por un lado, a las características socioculturales y demográficas de las aceptantes y, por otro, a la disponibilidad de los métodos, costo, eficacia, facilidad de empleo y a la capacidad del prestador de servicios para indicar el método más adecuado.

Al respecto, se señala que el Sector Salud es el que ha incrementado su

incidencia pues en 1987 se reporta que el 61 % del total de usuarias activas obtuvo el método anticonceptivo de una institución de gobierno y, el 38.2 % de una institución privada.

2.1.2.3 MORTALIDAD

La mortalidad perinatal, tanto en la madre como en el hijo, es considerada (Bobadilla, et al, 1988) como un valioso indicador de la eficiencia reproductiva de las mujeres en edad fértil y de los servicios médicos - de atención materno-infantil. Asimismo, la comparación de sus niveles y tendencias entre diferentes regiones, permite la identificación de zonas con alto riesgo.

En México, el análisis de este parámetro ha mostrado que ocupa el sexto lugar entre las principales causas de mortalidad general (SSA, 1984); - no obstante, se reporta también que a través del tiempo ha mostrado un significativo descenso, atribuido a los adelantos técnico-médicos.

Al respecto de este indicador, Bobadilla et al (op cit) establecen que - si bien existen datos suficientes para calcular tasas de mortalidad perinatal por estado, su mala calidad impide que se usen adecuadamente - pues pueden producir patrones falsos. Esta falta de confiabilidad es - atribuida a: subregistros, registros extemporáneos, errores en la conceptualización, entre otros.

2.1.2.4 ABORTO

Un indicador frecuentemente empleado en los estudios referidos a reproducción humana es el aborto inducido, que es considerado un problema de salud escasamente investigado (Infante y Cobos, 1989).

Al respecto de su incidencia, se señala que las características más comunes de las mujeres que han abortado son: ser casadas, con más de tres hijos, más de 25 años de edad, escasos recursos económicos, bajo nivel escolar y ser habitantes de zonas urbanas y suburbanas. En el grupo de madres solteras se ha encontrado que el 50 % tiene tendencias a abortar

y que del total de mujeres que se embarazan estando dentro del programa de planificación familiar, el 99 % aborta.

No obstante que esta información reportada se considera fidedigna (Infante y Cobos, op cit), se establece que existe inconsistencia general en los datos reportados, debido a su carácter político y al estar penalizado, lo que propicia la clandestinidad y ocultamiento, tanto por parte de los médicos y comadronas que lo realizan, como por parte de las mujeres que se lo han practicado.

Esta situación de ocultamiento persiste no obstante que actualmente (1990) se han trazado concretos pasos para su despenalización y legislación en el estado de Chiapas de nuestro país.

2.1.2.5 ESCOLARIDAD

Al relacionar la escolaridad de la madre con el número de hijos engendrados (Cabrera, 1989) se ha detectado que el número procreado por mujeres sin educación escolarizada es mucho mayor que en las que tienen una preparación media o universitaria.

Ello puede ser atribuido por un lado, al mayor conocimiento en cuanto al uso de anticonceptivos y, por otro, a que el desarrollo profesional incentiva a la mujer en la búsqueda de otras metas de realización diferentes a la maternidad.

2.1.2.6 COMENTARIOS

Al respecto de este inciso, relativo a los indicadores establecidos en México como base de estudio para el proceso de reproducción humana, cabe hacer algunas consideraciones:

En primera instancia, la Encuesta Nacional de Fecundidad parte para su análisis de datos con cierto sesgo, determinado por la población a quién esta dirigida: exclusivamente mujeres unidas, definidas como aquellas que cohabitan con su pareja, independientemente de su estado civil.

Esta selección repercute definitivamente en los datos obtenidos pues se descuida el alto porcentaje de mujeres que aún cuando no se encuentran "unidas" tiene una vida sexual activa, situación que les confiere la posibilidad de enfrentarse al embarazo; asimismo, el hecho de encauzarla únicamente al sector femenino, implica necesariamente una concepción de la reproducción como un evento de exclusiva responsabilidad para la mujer que no toma en cuenta la trascendencia, ya analizada, del evento para la pareja, situación que requiere ser considerada para realizar un objetivo estudio, y que será retomada en el capítulo relativo a la propuesta personal de análisis.

Por otra parte, los datos reportados por esta encuesta que, tiene el carácter de nacional y de base para establecer mecanismos de acción, son bastante restringidos, pues si bien el objetivo planteado, ya enunciado, es muy prometedor en cuanto se propone "analizar el comportamiento reproductivo de la población mexicana dentro de un marco de referencia demográfica y de salud y estudiar su carácter y tendencias en el contexto social y económico que prevalece en el país"(Urbina, op cit); finalmente se reduce a explorar aquellos eventos accesibles de ser cuantificados, de ser manejados estadísticamente y que además tienen un carácter eminentemente negativo pues se parte de sus desviaciones, de sus anomalías y no del evento como tal, como se presenta y desarrolla; asimismo, no se busca ninguna relación objetiva entre ellos y el medio social circundante.

Con ello, definitivamente se rompe cualquier conexión con el carácter biopsicosocial atribuido al proceso de reproducción humana en los discursos oficiales y, se deriva, por tanto, una incidencia bastante estrecha en su desarrollo.

En este sentido, y dado que la reproducción humana es un proceso que se presenta generalmente en la vida del ser humano, resultaría más válido inscribir su evaluación en un marco real de diagnóstico de salud de la comunidad que, como señala San Martín (1984) conduciría a establecer un

cuadro epidemiológico de conjunto de las interacciones entre las condiciones de vida y el proceso de salud-enfermedad de la comunidad.

Al respecto de este tipo de diagnóstico, el mismo San Martín establece que la forma ideal de medir la salud sería con la identificación de las personas que viven una vida sana desde el punto de vista físico, mental y social, que trabajan con utilidad para la sociedad y que son capaces de procrear hijos sanos.

Sin embargo, dado que esta medición es casi imposible de realizar porque nunca se puede examinar a toda la población y, además, porque el fenómeno en examen es variable, San Martín sugiere el empleo de algunos índices indirectos que midan las desviaciones del estado de salud, aún cuando no ésta en sí y que establezcan una concomitancia entre la salud del caso individual y la de la comunidad, tales como: los relativos al estado de salud de las personas y de los grupos que viven en una región; los referidos a las condiciones del medio que puedan influir de manera más o menos directa sobre el estado de salud y que tengan por objeto específico protegerla, tales como : la eficiencia de los hospitales y el personal sanitario; los económico-sociales, que miden el desarrollo económico y social de la comunidad y que indirectamente marcan el nivel de salud, particularizando todo ello en el área de interés: la reproducción.

Asimismo, sería de gran relevancia incluir un objetivo análisis psicológico referido a: la personalidad e interacciones de la pareja aún antes de procrear, los motivos que respaldan el deseo de tener o de no tener hijos; las interacciones generadas entre las parejas y los hijos procreados, etc, enmarcado todo ello en la situación económico-social en -- que se encuentran inmersos.

En esta línea, se hace evidente la necesidad de realizar un trabajo que parta de un análisis local y que, por tanto, derive también políticas - locales de acuerdo a las necesidades particulares de los grupos de que se trate.

2.1.3 LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO POLITICA DE SANIDAD

Como puede deducirse de lo anteriormente expuesto, la planificación familiar juega un papel preponderante en las políticas que al respecto de la reproducción humana se han generado a nivel internacional y que México de una u otra forma ha puesto en marcha.

Así, se establece (Urbina y Echánove, 1989) que la planificación familiar es una de las instancias con mayor efecto en la tendencia de la fecundidad, por lo que se considera como programa prioritario de salud y estrategia ineludible para el desarrollo (Soberón, et al, 1988), identificándose el uso de anticonceptivos como el indicador más importante para evaluar sus acciones (Urbina y Echánove, op cit).

2.1.3.1 LA EVOLUCION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO POLITICA

La planificación familiar, con el carácter actual que se le ha dado en México, forma parte de una serie de políticas de población que han ido modificándose con el devenir histórico.

Al respecto, Soberón et al (op cit) señalan, que hasta fines de los 60's estas políticas habían mantenido siempre un carácter pronatalista que propugnaba por el crecimiento de la población, contando con el apoyo de las normas religiosas y los patrones culturales ancestrales.

Así, la Primera Ley General de Población establecía como estrategia central, el fomento del crecimiento natural y de la inmigración, siendo ratificada en 1947, con el énfasis en la promoción del matrimonio y el incremento de las tasas de la natalidad.

Tal perspectiva es atribuida (Ordorica, 1989) a que en aquella época la natalidad y mortalidad eran elevadas y a que la esperanza de vida al nacer apenas alcanzaba los 30 años, por lo que la convivencia con los padres se reducía a 15 años en promedio.

Posteriormente, a partir de la década de los 70's, estas políticas die-

ron un giro total, debido a la instauración de la planificación familiar como un programa prioritario, con carácter hegemónico en los países dependientes (Fernández et al, 1987).

Este cambio parte de la teoría de población elaborada por Malthus en 1798, cuyos postulados establecen que el crecimiento de la población se presenta en forma geométrica, mientras que los medios de subsistencia lo hacen en forma aritmética, por lo que concluye, los principales problemas que aquejan a la humanidad son causados por la sobrepoblación.

Dada esta perspectiva, señalan Fernández et al (op cit), se ha dado pauta a que los países centrales adjudiquen a la explosión demográfica un papel de freno para las posibilidades de desarrollo económico y social, imponiendo además tal conceptualización en los países dependientes a través de los organismos que norman las políticas de salud (como la ONU) y por aquellos que condicionan el financiamiento para la ayuda exterior (como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial).

Así, en 1972, en el sexenio de Luis Echeverría, México instala las bases de una política demográfica claramente orientada hacia el control de la natalidad, atribuyéndole el carácter de indispensable para lograr el desarrollo económico y para el mejoramiento de los niveles de vida del mexicano; en 1974 se aprueban modificaciones al artículo 4º Constitucional y a la Ley General de la Población, creándose por decreto el Consejo Nacional de Población, cuya misión es la planificación demográfica del país. Asimismo, se elabora el Plan Nacional de Planificación Familiar cuya meta era disminuir la tasa de crecimiento de 3.4 a 2.5 para 1982.

La forma particular en que estas políticas han sido insertadas en nuestra sociedad puede ser analizada bajo la propuesta de Foucault (1976), quién establece que es a través del sexo que puede ejercerse un control sobre el individuo y sus movimientos poblacionales, garantizándose su vigilancia.

Así, al ubicar al sexo en el lugar en que las disciplinas individuales del cuerpo y las regulaciones de la población se articulan, Foucault le atribuye el carácter de instrumento de disciplinarización que permite ejercer poder sobre el individuo.

En este sentido, puede decirse que el sexo como mecanismo que asegura la reproducción de la población, puede ser manejado de tal manera que las relaciones entre natalidad y mortalidad sean susceptibles de ser modificadas. Por tanto, como una forma de satisfacer las demandas de disminución de población generadas por el excesivo costo de servicios, problemas de vivienda, alimentación, etc, la sexualidad ha adquirido un lugar preponderante, manifestado en el énfasis moral y médico que para su estudio y manejo han sido acentuados en nuestro país en las últimas fechas.

2.1.3.2 LA PLANIFICACION FAMILIAR Y SU IMPACTO EN LA FECUNDIDAD Y SALUD

Urbina y Echánove (op cit) categorizan diferentes efectos de la planificación familiar sobre la salud:

- Aquellos distintos al efecto estrictamente anticonceptivo de los métodos, que pueden ser por un lado, negativos, como el uso de hormonales que incrementa la probabilidad de sufrir una enfermedad tromboembólica, dependiendo de las dosis empleadas, de su asociación con el tabaquismo, alteraciones del patrón de sangrado, etc y; los más difíciles de cuantificar, los efectos psicológicos de los métodos, como el ritmo o retiro que en ocasiones generan inestabilidad en la relación de las parejas. Por otra parte, los efectos benéficos, como en el caso de los hormonales orales que alivian la tensión menstrual y regulan los ciclos, disminuyendo el riesgo de enfermedades pélvicas y previniendo algunas enfermedades de transmisión sexual.

- Efectos adicionales de la prestación de servicios en planificación familiar: por la detección oportuna de enfermedades a través del examen clínico previo a la aceptación de algún método.

- Efectos por sustitución de aborto: Pues al ser empleada se reduce la

necesidad de aborto ante embarazos no deseados.

- Efectos de la disminución de la natalidad: que implica la reducción de la atención materno-infantil, lo que puede contribuir a una mejor calidad y menor costo de dichos servicios y, por tanto, favorecer la salud de los usuarios.

- Efectos de los cambios en los patrones reproductivos, tales como: ampliación de los intervalos intergenésicos, cambio en la distribución por edad de los nacimientos y disminución en la paridad total de las mujeres.

Por otra parte, como ya se precisó, las políticas de planificación familiar están propiciando una disminución en los niveles de fecundidad, lo que necesariamente repercutirá en la composición de la población.

2.1.3.3 COMENTARIOS

Como ha quedado de manifiesto en lo anteriormente expuesto, las políticas actuales establecidas por la mayoría de las instituciones de salud al respecto de la reproducción humana, parten de políticas establecidas a nivel internacional. Asimismo, dirigen sus funciones y evalúan su éxito a través del incremento en el empleo de métodos anticonceptivos.

En este sentido por ejemplo, se evalúa el embarazo de una adolescente como una enfermedad (Silber, 1985) cuya etiología es el coito sin protección anticonceptiva y para la que la curación radica en una medida tecnológica, tal como el uso del mejor anticonceptivo.

Así, se reduce la definición de conductas apropiadas y saludables, en lo que a reproducción se refiere, al uso de métodos que eviten la concepción. Ello, definitivamente parte de una limitada conceptualización del proceso a un nivel puramente cuantitativo. En este sentido, se le evalúa simplemente con el tener o no hijos y se circunscribe el rimbombante término de prevención al no tenerlos.

Apoyando este planteamiento, se establece que si se tienen muchos hijos habrá problemas, por lo que la solución, lo correcto, será el tener pocos, a una edad media, con una buena atención médica y dentro del vínculo matrimonial.

Si bien todo ello resulta ser bastante válido para la mayoría de familias mexicanas en las que un hijo de más implica la necesidad de una mayor cantidad de recursos y la reducción de las posibilidades de desarrollo educativo y laboral, principalmente de la mujer, no es la solución.

No lo es en tanto no se tome en cuenta el pensar, el sentir y el vivir de la pareja, así como su ubicación en el ámbito de las implicaciones reales psicológicas y sociales del evento y se olvide su carácter integral y de interrelación.

Asimismo, esta percepción soslaya el significado real de prevención en cuanto a salud se refiere, pues es algo más que evitar, ya que como señala Fineberg (1989) debería estar dirigida básicamente a promover cambios hacia conductas más sanas en la población general, con todo lo que ello implica y no simplemente a proponer disminuir la natalidad.

2.1.4 REPRODUCCION HUMANA Y SALUD

La reproducción humana tiene una estrecha relación con el área de salud pues su desarrollo como proceso implica, como se analizó en el primer capítulo de este trabajo, una serie de mecanismos biológicos, psicológicos y sociales que pueden ser afectados, a la vez que influyen en las condiciones de salud.

En este sentido, estudios realizados por el Sector Salud Nacional han detectado que existen varias formas en que la fecundidad incide en la salud, así por ejemplo, se ha reportado (Secretaría de Salud, 1989) que una elevada fecundidad tiene un impacto negativo sobre la salud, reflejada principalmente en el incremento de las tasas de mortalidad infantil y materna. Asimismo, se indica, la fecundidad posee un mayor efecto ne-

gativo en la salud de grupos de alto riesgo reproductivo, es decir, los incluidos en las edades extremas, de alta paridad, con intervalos inter genésicos cortos y aquellos que presentan embarazos no deseados.

Al respecto de la repercusión de la salud en la fecundidad, ésta queda puesta de manifiesto por un lado, en problemas tales como la esterilidad y la infertilidad; por otra parte, problemas como la desnutrición, hemorragias, toxemas, etc (Secretaría de Salud, 1989) son factores que también repercuten negativamente en la reproducción humana.

En esta interrelación reproducción-salud, existe un elemento al que el actual Sector Salud Nacional ha dado un gran énfasis, el referido a la atención médica proporcionada durante el período perinatal. En este sen tido, estudios (Bobadilla, 1985) han mostrado que la diferente calidad de atención prenatal y de parto (definida por la disponibilidad de instalaciones ginecológicas y por la preparación del médico involucrado) - afecta significativamente la mortalidad perinatal, el peso al nacer y el desarrollo del niño.

Al respecto de la atención proporcionada por las instituciones de salud durante el período perinatológico, cabe hacer algunas consideraciones:

Independientemente de la "calidad" de estas instituciones, en la mayoría de ellas se parte de considerar que el proceso de la reproducción humana expresado en la mujer a través del embarazo, es un evento que im plica anormalidad.

Así, se indica como un consuelo para la mujer embarazada, que todas las anomalías que se generen en su organismo se revertirán una vez que nazca su hijo.

Partiendo de esta concepción, se deriva el trato otorgado a la mujer em barazada, enfatizándose la necesidad de proporcionarle la atención médica correspondiente a su estado, lo que incluye una extrema higiene bajo

la que generalmente se considera que el bebé deberá estar lejos de la -
cama maternal después de nacer, a fin de eliminar el contacto con los -
gérmenes (Breen, 1980), sin tomar en cuenta las implicaciones psicoló-
gicas que ello genera.

Se establece, asimismo, que después del parto la mujer tendrá que ser -
monitoreada por el estado de enfermedad en que se encuentra y del que -
no se recobrará sino hasta después de seis semanas.

Todo ello circunscribe generalmente la atención perinatal a un plano pu-
ramente médico que no toma en cuenta el sentir, el pensar y vivir no só-
lo de la mujer embarazada sino también de su compañero.

Ello queda firmemente evidenciado en el planteamiento oficial de la Or-
ganización Panamericana de la Salud explicitado por Campbell (1986) en
un manual de fecundidad, quien señala que "... las influencias psicoló-
gicas sobre la fecundidad son tan débiles que es casi imposible identi-
ficarlas en las encuestas ..."

2.1.5 COMENTARIOS GENERALES

Como puede detectarse en lo expuesto en este capítulo, la mayor parte -
de las instituciones del Sector Salud Nacional, no obstante el carácter
prioritario que se le ha otorgado al proceso de reproducción humana, in-
ciden de una manera muy limitada en su desarrollo; ubican la atención -
básicamente en tres niveles: el previo al parto, el relativo al parto -
en sí y el referido al puerperio o etapa posterior al nacimiento, en -
los que se propone dar una atención periódica médica tanto a la mujer -
embarazada como al hijo procreado.

Para todas ellas se parte la necesidad de mejorar la calidad de aten-
ción a nivel ginecológico instrumental y de preparación profesional mé-
dica, dejando de lado la identificación del proceso como un evento de -
tipo biopsicosocial.

Así, como señalan Langer et al. (1988), el modelo de atención perinatal que prevalece es esencialmente médico, curativo e institucional, con es casa capacidad para adaptar su funcionamiento rutinario a las necesidades individuales. Bajo este contexto, la mujer embarazada y su pareja - tienen escasa oportunidad para participar activamente en su propia aten ción.

En este sentido, el hecho de intensificar el cuidado médico-técnico tie ne resultados ambivalentes pues, por un lado, resulta ser benéfico en tanto resuelve problemas de salud de la madre y el niño; pero, por otro, implica desventajas tales como: atención despersonalizada, sin apoyo - emocional y sin información accesible, lo que repercute en la conducta de la mujer embarazada y su pareja, quienes optan, generalmente, por no atender a las indicaciones del personal de salud.

Esta perspectiva de intervención puede ser atribuida al sustento teórico del que se parte: investigaciones provenientes de países desarrollados en los que, dada la cobertura de las necesidades básicas de la población, los problemas perinatales que se presentan son en su mayoría - (Langer, 1988) problemas de salud pública residuales que se enfrentan - con medidas asistenciales, institucionales, apoyadas en tecnología compleja.

Por otra parte, al hablar de prevención para este proceso del desarrollo humano, se circunscribe exclusivamente a buscar aquellos mecanismos que faciliten su evitación o programación, identificándose únicamente el prevenir con el usar anticonceptivos, sin considerar la amplia aceptación del término, que será analizado en el capítulo IV.

En términos generales, puede decirse que el trabajo actual del Sector Salud Nacional tiene un carácter eminentemente médico-asistencial que requiere de ser superado.

No obstante, cabe indicar que recientemente el Instituto Nacional de

Perinatología, como se mencionaba previamente, ha desarrollado una interesante propuesta de intervención para el abordaje de la reproducción humana, a través del proceso denominado Educación para la Salud, que se rá analizado en el subíndice 2.2

2.2 EDUCACION PARA LA SALUD: ALTERNATIVA PARA ABORDAR EL PROCESO DE - REPRODUCCION HUMANA.

En México actualmente el Instituto Nacional de Perinatología ha evidenciado (Ruíz Durá, 1988) la relevancia de que no sólo se proporcione un apoyo médico a las parejas que se encuentran inmersas en el proceso de reproducción humana sino que también se contribuya a que "... aprendan a reproducirse como parte importante de una buena educación para la salud ...".

Así, el mencionado investigador señala que los factores culturales, psicológicos y médicos que intervienen en la evolución física y psíquica del embarazo, parto y puerperio, hacen necesaria una educación al respecto de la reproducción humana, tanto a nivel individual y comunitario, como del mismo equipo de salud.

A efecto de visualizar esta propuesta, a continuación se hará por un lado, un análisis de la relación que existe entre el proceso de reproducción humana y el de salud enfermedad (objetivo básico de la educación para la salud); por otra parte, se realizará también un genérico estudio al respecto de los términos de educación, salud y educación para la salud, particularizando posteriormente en lo referente a la educación para la reproducción.

2.2.1 LA REPRODUCCION HUMANA Y EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD

El propio término de educación para la reproducción como derivado del de educación para la salud, evidencia la similitud establecida entre el proceso de reproducción humana y el de salud-enfermedad; así, este último es definido por Laurell (1978) como binomial, dinámico, con una base

fisiológica pero determinado en gran medida por las condiciones históricosociales y por las características particulares del individuo y la comunidad en que se genere. Esta definición, como puede apreciarse, tiene aplicaciones en todas sus especificaciones para la propia reproducción humana.

Por otra parte, al respecto de la incidencia profesional predominante ejercida en ambos procesos, cabe considerar que, como se analizaba en el subíndice 2.1, se ha partido de parámetros negativos tales como: la mortalidad, la morbilidad, etc, con lo que se ha generado una actitud predominantemente médico-asistencial.

Así, en el caso del proceso salud-enfermedad, la actividad ha estado básicamente dirigida a curar padecimientos en general, mientras que en el de reproducción humana se ha partido de considerarla como un evento negativo que requiere de un abordaje médico, enfatizándose además el análisis de aquellas disfunciones presentes en su desarrollo.

Estas comparaciones evidencian que más que existir una similitud entre ambos procesos, de hecho podría ser ubicado el de la reproducción humana como parte del de salud-enfermedad; por ello, la opción preventiva para el proceso de salud-enfermedad que pretende evitar padecimientos y pugnar por una cultura de la salud, puede también ser aplicada al proceso de reproducción humana. Así, para la detección de situaciones de riesgo, que es el punto de partida para el trabajo preventivo, puede visualizarse al proceso de reproducción humana como una situación de este tipo, pues socialmente ha sido definida como evento negativo.

2.2.2 SALUD Y EDUCACION

Con la finalidad de facilitar la comprensión del término educación para la salud, a continuación se identificaran cada uno de los conceptos que lo integran: salud y educación; este desglose permitirá asimismo, puntualizar los criterios bajo los que estos conceptos son manejados a lo largo de este estudio.

2.2.2.1 SALUD

Elemento de gran relevancia en el presente trabajo, debido a que ha sido y será frecuentemente manejado pues, de hecho, se ha especificado - la finalidad de detectar los canales que favorezcan el asumir al proceso de reproducción humana como un evento sano. En primera instancia, - cabe ubicar a la salud como parte del proceso dinámico, binomial, de - carácter continuo denominado salud-enfermedad. Asimismo, es importante señalar que el criterio que sustenta la búsqueda por darle el carácter de saludable al proceso de reproducción humana, parte de la propuesta pichoniana, bajo la cual se consiera que "... un sujeto es sano en la medida que aprehende la realidad en una perspectiva integradora y tiene la capacidad para transformar esa realidad, transformándose a la vez - él mismo..." (Pichón Riviere, 1971).

En este sentido, el presente estudio pretende visualizar los canales - que la Psicología puede seguir a fin de lograr que el individuo aprehenda, conozca y viva el proceso de reproducción humana bajo un marco integrador que le permita transformarlo y transformarse a sí mismo en su interacción y vivencia con el proceso.

2.2.2.2 EDUCACION

Frecuentemente se alude a la educación como elemento esencial para el desarrollo de la sociedad. Al respecto de su definición existen diversas consideraciones, desde evaluarla como transmisión de conocimientos, como formación del individuo y otras de diferente índole.

En esta línea, Foucault (1976) hace un interesante análisis del término, atribuyéndole el carácter de nueva tecnología disciplinar a través de la cual los individuos son individualizados dentro de la multiplicidad. Así, se considera como una técnica que permite vigilar a los individuos, controlar su conducta, sus actitudes, intensificar su rendimiento, multiplicar su capacidad y, ubicarlo en el lugar donde será más útil.

2.2.3 CONCEPTUALIZACION DE EDUCACION PARA LA SALUD

La educación para la salud es un término muy manejado actualmente en los discursos oficiales como elemento prioritario para el desarrollo nacional; así, Kumate (1989) ha enfatizado la importancia de promover la atención y el cuidado de la salud, planteando la necesidad de una cultura en este sentido.

Su existencia como disciplina científica es de muy reciente desarrollo (SSA, 1983) pues para estructurarse como tal hubo de apoyarse en otras ciencias tales como las antropológicas, psicológicas, sanitarias y de educación; sin embargo, "... su carácter como conducta que sirve para evitar enfermedades ha existido siempre como una actitud que lo hace huir del dolor y la muerte, como una búsqueda de prácticas positivas para mantener equilibrio con la naturaleza..." (INPER, 1983)

Para la Secretaria de Salubridad y Asistencia Pública (1983) el concepto de Educación para la Salud puede ser manejado bajo tres enfoques: como disciplina, proceso o conducta.

Como disciplina científica, se refiere a los conocimientos o principios que determinan como las personas y los grupos humanos pueden tomar conciencia de la salud; como proceso, presupone un acto de transmisión y fomento del valor salud desde el educador al educando, implicando también un proceso de conducción hacia la adquisición de la salud y su conservación; finalmente, como conducta aprendida, se considera que es la suma de conocimientos, hábitos y actitudes que tienen las personas al respecto de aspectos de salud.

En este sentido, y con una óptica crítica, Loewe (1983) establece que dado que la educación para la salud implica formar y/o modificar conductas relativas a la salud de la población, debería hacerse un esfuerzo no sólo por controlar las actividades explícitamente educativas sino también el comportamiento y formación familiar, el del personal sanitario con los usuarios, así como los mensajes difundidos por los medios -

de comunicación masiva; enfatiza también la necesidad de actividades - educativas derivadas de los programas y servicios de salud.

Por otro lado, Loewe pone de relieve también la importancia de una mayor capacitación por parte del personal encargado de la educación y la necesidad de que éste sea capaz de aprender las enseñanzas de la población a la que pretende servir, permitiendo asumir a ésta una acción - realmente activa.

Bajo esta perspectiva, se establece la necesidad de ubicar la labor educativa como una búsqueda de una conciencia en la población, que no se concrete a la simple demanda de servicios, sino que se conceptualice a la salud como producto de sus relaciones socio-económicas.

Estos planteamientos, cabe considerar, si bien resultan ser bastante positivos, objetivos y necesarios, implican profundas dificultades para su realización, que quizá bien valdría la pena que fuesen asumidas.

Por otra parte, cabe considerar también que el proceso de educación para la salud adquiere un relevante papel en la medida que se vislumbra - como una posibilidad metodológica para incidir con una orientación preventiva.

Así, en su búsqueda por promover la salud, puede contribuir por un lado, a que el individuo, la comunidad e incluso el mismo equipo de salud, asuman una conciencia clara y precisa al respecto de los procesos en que - se ven involucrados, en cuanto a sus correlatos y ubicación; por otra - parte, y a partir de esta contextualización, se permitirá también generar aquellas conductas que favorezcan los procesos de que se trate, así como la interacción y desarrollo de los individuos involucrados en ellos.

En este sentido y a partir de una dinámica de congruente y efectiva - aplicación, el proceso de educación para la salud asumirá un carácter - más amplio y genuino a través del cual no se limitará la prevención sim

plemente a disminuir problemas sino a promover el desarrollo.

2.2.4 EDUCACION PARA LA REPRODUCCION

La aplicación específica del término de educación para la salud en el proceso de reproducción humana adquiere un interesante carácter en los trabajos realizados por el Instituto Nacional de Perinatología, de allí que lo que a continuación se exponga esté fundamentado básicamente en ellos.

2.2.4.1 SUJETOS INVOLUCRADOS EN EL PROCESO DE EDUCACION PARA LA REPRODUCCION

Dada la importancia ya evidenciada por Loewe, de lograr una adecuada preparación para asumir el proceso de educación para la salud en su aplicación a la reproducción, tanto por parte de la comunidad como por parte del equipo de salud, el INPER considera básicamente a dos sujetos involucrados en el proceso: por un lado el individuo y su comunidad y por otro, el equipo de salud.

2.2.4.1.1 EDUCACION INDIVIDUAL Y DE LA COMUNIDAD

Ruíz Durá (1988) establece que la forma idónea para configurar acciones concretas y preventivas de influir en el psiquismo de la pareja embarazada, es precisamente la educación de la pareja. Plantea la necesidad de dirigir los esfuerzos a aliviar el dolor de parto o modificar conductas durante el trabajo de parto y también a preparar a la pareja en la búsqueda por superar los problemas que su función reproductiva les plantea.

Establece, asimismo, como idea básica, la relevancia de que estos programas sean capaces de modificar conductas en el individuo y la comunidad. lo que al implicar una mayor participación y colaboración de la pareja, redundará tanto en beneficios biológicos (tales como la disminución de complicaciones previsibles, de intervenciones obstétricas, etc) como en beneficios psicosociales (vivencia positiva del parto, incorporación del padre en el proceso reproductivo, reforzamiento de los

lazos familiares, etc)

2.2.4.1.2 EDUCACION DEL EQUIPO DE SALUD

En la búsqueda de esta educación para la reproducción, se hace indiscutiblemente necesaria la adecuada participación del equipo de salud, -- pues de hecho, la tradicional formación con corte fundamentalmente organicista, del obstetra, del médico general y del llamado personal paramédico, definitivamente implicará una barrera para incorporar esta - alternativa de trabajo.

La labor a desarrollar se verá también limitada por la perspectiva de estos profesionistas que generalmente prefieren soluciones terapéuticas en vez de preventivas, así como por la anacrónica idea de entender el embarazo como un proceso patológico y al parto como un evento quirúrgico que requiere de conductas terapéuticas aplicadas dogmáticamente.

Ante tal situación, definitivamente se hace necesario definir las características idóneas del equipo de salud que pretenda abordar esta -- alternativa de educación para la salud, así como, determinar las acciones a seguir.

A tal respecto estará dirigido el siguiente capítulo en el que se tratarán de visualizar las posibilidades que el psicólogo como profesionista tiene en el búsqueda de alternativas para abordar el proceso de reproducción humana a nivel preventivo en una forma que permita incluir algo más que el control natal.

2.2.4.2 EDUCACION PARA LA SALUD EN LAS ETAPAS DEL PROCESO

Para lograr una mejor contextualización de la problemática y de la --- forma en que se ha abordado, a continuación se explicitarán las acciones particulares que el programa de educación para la reproducción ha adoptado en las tres etapas básicas y estrechamente vinculadas del proceso.

2.2.4.2.1 EDUCACION EN LA ETAPA GESTACIONAL

El objetivo básico establecido en este programa (INPER, 1983) es promover la salud de las embarazadas, del recién nacido y del lactante, a través de la educación de la mujer y su pareja durante el embarazo, promoviendo una preparación en lo relativo a la gestación, puericultura, higiene física y nutricional.

Para tal efecto, instructoras previamente capacitadas, realizan una serie de actividades:

- Entrevistas con la paciente a fin de clasificar y asignarla a grupos específicos, dependiendo del tiempo y condiciones físicas de gestación.
- Desarrollo de las clases teóricas que incluye el programa
- Asistencia al área tocoquirúrgica y de hospitalización por parte de las instructoras, a fin de evaluar la aplicación de técnicas de relajación y respiración, así como la cooperación y vivencia de la paciente durante el parto y el puerperio.

Los principales temas abordados en este programa son:

Conocimiento de la anatomía, funciones elementales y emocionales durante el embarazo, conocimiento de las características de las contracciones uterinas durante el embarazo y el parto; de los signos de alarma y la conducta a seguir ante ellos; de los procedimientos médicos y paramédicos al ingresar al trabajo de parto, de los movimientos cardinales del feto durante el trabajo de parto y el mismo parto; de las maniobras inmediatas que se realizan en el recién nacido después del parto, así como las posibles variantes de la culminación del embarazo y la conducta esperada en él; conocimiento de la planificación familiar y de los métodos anticonceptivos disponibles actualmente; información básica al respecto de puericultura, nutrición y lactancia. Se incluye también --

el conocimiento y práctica de técnicas de relajación y respiración.

Todo ello adopta modalidades especiales en los casos de cesárea y gestas avanzadas.

La metodología adoptada en la clase incluye exposición con preguntas y respuestas, demostración por parte de las instructoras y participación del grupo.

2.2.4.2.2 EDUCACION EN LA ETAPA POST-GESTACIONAL

El programa para la educación para la reproducción en esta etapa, dirige su mayor énfasis al área pediátrica (INPER, 1984), su objetivo básico es el promover la salud de la madre, del recién nacido y del lactante a través de la educación de la mujer y su pareja durante el intervalo intergenésico.

Así como en el anterior programa, cada sesión se divide en una hora para difusión de la información y media hora práctica de fisioterapia y relajación. Los temas incluidos son: estimulación temprana del niño, cuidados generales y médicos, alimentación materno-infantil, planeación familiar, detección oportuna del cáncer e higiene bucal.

Para este programa se emplean como técnicas didácticas la discusión dirigida de grupo, demostración y práctica individual, así como exposición con preguntas y respuestas.

2.2.4.2.3 EDUCACION EN LA ETAPA PRE-GESTACIONAL

Esta etapa ha sido abordada como complemento a las otras dos en un intento por generar una enseñanza continua. Su práctica ha sido iniciada en 1988 (Karchmer y Atkin, 1988)

Con este programa se pretende ensayar un modelo de educación preventiva, diseñada para preparar a la pareja para su vida reproductiva, de tal manera que se permita planificar la familia, abatir las tasas de -

embarazo de alto riesgo y permitir la congruencia entre reproducción y paternidad responsable.

En este nivel de incidencia, el INPER (Martínez, 1988) pretende incluir no sólo a los individuos que nunca han experimentado la reproducción - sino a aquellos que la han tenido y cursan el intervalo intergenésico, o bien a aquellos que tienen la responsabilidad de educar a nuevas generaciones en estos temas, es decir, se plantea como una gran panorámica que incluya a todas aquellas personas que no están cursando el embarazo.

Para abordar esta etapa reproductiva, Martínez (1988) manifiesta la importancia de incluir necesidades reales y sentidas por la población -- inherentes al pre-embarazo, así como los conocimientos y experiencias que se relacionen con el embarazo y el post-parto.

Actualmente se incluyen (Ortigosa, 1989a) diez diferentes temas: la pareja ante la reproducción, sexualidad humana, enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, nutrición y salud, cuidados prenatales, atención del parto, lactancia, estomatología y crecimiento.

Tales temas son manejados a través de diferentes medios didácticos como: presentaciones magistrales, dinámica de grupo, pánenes, foros, discusiones y mesas redondas.

2.2.5 COMENTARIOS GENERALES

Como puede detectarse, la educación para la reproducción propuesta por el INPER, resulta ser una interesante alternativa para el trabajo preventivo a desarrollar dentro del campo de reproducción humana.

Así, su búsqueda por alcanzar una promoción para la salud, una cultura en beneficio de la reproducción humana y los entes involucrados en --- ella, ha demostrado muy importantes avances; sin embargo, como Ortigosa (1989b) reconoce, el trabajo requiere de ser ampliado, particular--

mente en lo que se refiere a la etapa pregestacional, en la que aún es muy escaso y empírico, pues no existe una clara definición de las actividades a realizar y de los profesionistas involucrados.

Por ello, y dado el objetivo planteado para el presente trabajo, el capítulo III se dirigirá a tratar de identificar las posibilidades que la psicología puede tener en esta área previa al embarazo, en lo que podría llamarse etapa preventiva.

III EL PROCESO DE REPRODUCCION HUMANA : INCIDENCIA DE LA PSICOLOGIA EN SU AMBITO.

El análisis de las acciones del Sector Salud Nacional, efectuado en el capítulo II, mostró que una de las pocas alternativas que de alguna manera ha contemplado la participación del psicólogo en el proceso de reproducción humana es la del Instituto Nacional de Perinatología, a través de la educación para la salud; por ello y considerando que una de las finalidades de este trabajo es la revisión de la incidencia psicológica, en este capítulo se analizarán diferentes trabajos que de una u otra manera han abordado el proceso de reproducción humana desde un punto de vista particularmente psicológico, aún cuando no sean representativos de las acciones nacionales en este campo.

3.1 IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LA ATENCION PSICOLOGICA

Frecuentemente se han minusvalorado los factores psicológicos en el proceso de reproducción humana, siendo ello atribuido por la misma Organización Panamericana de la Salud (González, 1984) a que estos factores carecen de límites concretos, a que no siempre tienen un substracto físico y a que su cuantificación es difícil e inexacta, debido a lo rudimentario de los instrumentos utilizados; asimismo, se señala, su carácter múltiple que implica una constelación de elementos interactuantes, obstaculiza su análisis y por tanto, su incidencia.

Otra circunstancia que motiva el soslayar su relevancia es el considerar que la reproducción es un evento de carácter eminentemente fisiológico que, por tanto, sólo debe ser abordado a nivel médico-asistencial. Incluso algunas tendencias lo han definido como un evento natural, sinónimo de la femineidad de la mujer, quién debe asimilarlo como lo más bello e interesante que en su vida pueda pasar.

[Así, se ha pretendido sostener que todas las mujeres desean embarazar

se y que se mantienen orgullosas de los cambios físicos que se presentan en este proceso y que su único interés está en planear el cuidado de su hijo. No obstante, la realidad muestra que tales planteamientos son falsos pues, como ya se ha evidenciado en el primer capítulo, la mujer y su pareja presentan reacciones muy diversas ante el proceso de reproducción, reacciones que de una u otra manera requieren de ser abordadas desde diversas perspectivas.)

3.2 ATENCION PSICOLOGICA ANTE "ANORMALIDADES" EN EL EMBARAZO

Comúnmente se ha sugerido que sólo la mujer con ciertos problemas de personalidad, con desequilibrios, la que se encuentra fuera de la norma, de lo correcto, es la que requiere de una atención psicológica en lo referente al proceso de reproducción humana.

Así por ejemplo, Lipkin y Cohen (1984) establecen que aquellas mujeres que manifiestan problemas emocionales post-parto, tales como fatiga extrema, labilidad emocional con tendencia al llanto, sobrepreocupación por molestias y dolores menores, temor al manejo del bebé e incapacidad para hacerse cargo de sí mismas, son quienes padecen la llamada psicosis post-parto y requieren, por tanto, una atención especializada; atención que incluso, sugieren, puede ser dada por un médico o enfermera capacitados para ello. ?

En esta línea, Méndez (1986) sugiere que los médicos tocólogos deben tener cierto grado de preparación psicosomática a fin de subsanar problemas psicológicos, tales como: nerviosismo, insomnio, falta de apetito, etc, que se presenten durante el embarazo.

Establece que el médico debe contribuir a disminuir el miedo o la ansiedad conscientes o inconscientes y la influencia que ejerce sobre la paciente; animarla para que los manifieste en cuanto le sea posible y estudiar el origen de tales síntomas y de sus posibles consecuencias sobre el embarazo.

Para ello se sugiere (Davids y Devoult, 1982) que el tocólogo debe no sólo conocer los problemas de la paciente, sino que debe estimularla para que los discuta con él, pues "... solamente a través de esta catársis se puede mejorar la situación y la paciente puede aprender a vivir con aquello, experimentando un mínimo de molestias y síntomas ..." (Davids y Devoult, 1982)

Debido a que las pacientes reaccionan intuitivamente a la personalidad del médico, Méndez considera que las cualidades básicas de éste deben incluir el inspirar confianza, tener una actitud de simpatía y comprensión y animar amablemente a la paciente. Para ello, enfatiza la importancia de crear un ambiente confiable a través de proporcionar información prenatal adecuada, insistiendo en la necesidad de que la paciente conozca el proceso al que se enfrenta. Bajo esta perspectiva, se ha generado el llamado parto psicoprofiláctico, que será abordado en el siguiente subíndice.

Al respecto de lo expuesto en este apartado, cabe indicar que si bien es importante y necesario en muchas ocasiones, tratar estos casos "anormales" que frecuentemente se presentan durante el proceso de reproducción humana, definitivamente no es válido circunscribir la actuación psicológica a este nivel pues, ello implica definir al proceso como un evento problemático que requiere de atención especial por su anormalidad.

3.3 PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

Actualmente este método, inicialmente denominado "parto sin dolor", se ha convertido en un elemento importante para el manejo y control de la mujer embarazada, por lo que se considera (Domínguez, 1986) como relevante incluirlo en la formación del especialista en Gineco-obstetricia.

3.3.1 HISTORIA

Su análisis y empleo ha ido evolucionando con el tiempo; de acuerdo al

estudio realizado por Domínguez (op cit), sus antecedentes pueden ser ubicados en el siglo XVIII, cuando surge la llamada "era mágica de la hipnosis", en la que se intenta quitar el dolor por medio de métodos no físicos, tales como "pases mágicos" y la sugestión verbal. Posteriormente con Charcot y Berheim en 1878, se desarrolla el hipnotismo y la sugestión como métodos psicoterapéuticos.

De esta manera, en 1880, Liebault aplica esta perspectiva para lograr que varias mujeres den a luz sin dolor, probándose también el método - en varios países europeos durante el siglo XIX.

A partir de los trabajos de Pavlov en 1929, que se dedica a la exploración fisiológica de la hipnosis, este método adquiere un carácter científico denominándose "parto bajo hipnosis", que es empleado por Vigdorovich, Sirkin y Kachan, tanto en forma individual como grupal.

Posteriormente, en 1936, Nikolaiev y otros tocólogos enfatizan la importancia de la atención prenatal para preparar a la mujer físicamente, abriéndose así la idea de la profilaxis del dolor y la necesidad de - quitar el miedo.

En la misma época, Read en Inglaterra estudia los factores psicológicos del dolor de parto y busca la forma de suprimirlo, partiendo de - considerar que su presencia no es una ley natural.

A partir de los trabajos de Pavlov y de otros investigadores al respecto del dolor y la intorecepción fisiológica corticovisual, de la palabra como factor terapéutico y de la hipnosis y psicoterapia, en 1945, Velvoski y Platonov crean el llamado "método psicoprofiláctico", que es decretado en la URSS en 1951, como generalizado a todo el país, por ser "preciso y racional".

Posteriormente, en 1962, Lamaze lo implanta en Francia y lo propaga, - contribuyendo a imponer el pensamiento pavloviano en otras regiones, -

de tal manera que para los 70's es ya aplicado en 42 países de Europa, Asia, Africa, América del Sur y en menor grado, en Norteamérica y Australia.

En Italia, con Piero Malcovati, adquiere un carácter relevante, de tal manera que se cambia el concepto de la paciente embarazada para considerarla como unidad biopsicosocial, ante la cual es necesario recurrir a conocimientos biológicos, psicológicos y sociales para garantizar su completa atención.

En México, según indica Domínguez (op cit), los doctores Santibañez, Moreno y Ruíz Durá actualmente le han dado gran difusión, preocupándose por la educación de la pareja para participar en el proceso reproductivo.

3.3.2 EVOLUCION DEL CONCEPTO DE PSICOPROFILAXIS ↓↓

Inicialmente se consideraba que la psicoprofilaxis de los dolores del parto era el sistema de medidas preventivas contra su desarrollo, a través de la acción sobre los sectores superiores del Sistema Nervioso Central; actualmente se le considera como una "analgesia verbal" basada en la educación racional de la embarazada (Domínguez, op cit)

Bajo esta reciente perspectiva no se menciona la supresión del dolor - sino más bien crear una conciencia, educando a la paciente para afrontar un acto fisiológico de su vida, librándose de influencias y recuerdos perniciosos que previamente ha acumulado y que pueden inhibirla en el momento del parto.

Con este método se acepta que el dolor es un fenómeno fisiológico presente durante el trabajo de parto que no debe desviar los mecanismos normales del proceso de reproducción.

3.3.3 DEFINICION Y OBJETIVOS

Actualmente la Asociación Mexicana de Psicoprofilaxis lo define como -

"un método que capacita a la pareja para participar positivamente en el proceso reproductivo, a fin de lograr su bienestar físico y mental durante el estado grávido y puerperal" (Domínguez, op cit)

Sus objetivos básicos son: borrar las relaciones condicionales negativas existentes entre el parto, dolor y miedo, denominadas tríada de Read (Ruíz Durá, op cit) que constituyen una parte del drama de la mujer en su vida afectiva y sexual, para crear nuevas relaciones positivas. tales como la existente entre parto, alegría y trabajo.]

A través de este método se pretende transformar a la parturienta pasiva en un ser activo, demostrándole que sus actividades respiratorias o de descanso neuro-muscular así como la liberación de traumatismos antiguos o recientes de miedo y angustia, contribuyen fundamentalmente para alcanzar un equilibrio y control en el trabajo de parto.

3.3.4 HALLAZGOS OBTENIDOS

Existen diversos estudios que han comparado partos entre mujeres con preparación previa y sin ella. Domínguez (op cit) menciona algunos de éstos:

Thoms y Karlovsky en Estados Unidos detectaron que su programa aplicado a 2000 primíparas, producía un reducido número de recién nacidos deprimidos, trabajos de parto más breves, menos intervenciones quirúrgicas, menores pérdidas de sangre, ligera convalecencia y "madres felices".

Laird y Hogan demostraron la disminución en la administración de medicamentos durante el parto; en esta misma línea, Tansar sugiere que la asistencia a clases se acompaña por el menor uso de medicamentos, disminución de dolor y una experiencia más positiva hacia el parto.

Al respecto del trabajo realizado en México, Santibañez (1968) concluye que la valoración de Apgar al minuto de nacimiento es de los más altos reportados; asimismo, Guzmán y Avalos (1983) encuentran diferen-

cias significativas en cuanto al número de llamadas al médico durante el embarazo, antes del ingreso al hospital, ganancia en el peso del infante, disminución en la duración del parto y en el uso de fórceps, - en el desgarre de la cervix, así como una mayor participación del marido, con el uso de este método.

3.3.5 COMENTARIOS

En términos generales puede decirse que este método implica un importante desarrollo en la aproximación relativa a la reproducción humana, - que rompe con el abordaje tradicional, restringido a incluir únicamente aspectos médicos.

Es importante en cuanto parte de considerar la necesidad de una intervención psicológica aún en aquellos casos de embarazo considerados normales y en cuanto a que implica la participación paterna en el proceso.

No obstante lo expuesto, no puede soslayarse el carácter reduccionista de este método que hace referencia únicamente al proceso de parto como elemento relevante y que requiere de ser incidido; con ello se limita - al proceso de reproducción humana simplemente al punto de dar a luz, - sin considerar todas las condiciones que circundan al evento.

Es también relevante resaltar que su manejo se circunscribe básicamente a profesionistas de la medicina, considerando que si bien el método involucra aspectos psicológicos, son los médicos los idóneos para aplicarlo. Ello definitivamente implica una limitación para la psicología y sus profesionistas, que requieren de demostrar la necesidad e importancia de aplicar sus conocimientos en este proceso.

Otro elemento a considerar al respecto de este método es el hecho de - que cuando menos en México se ha mostrado que su uso se generaliza sin tomar en cuenta las diferencias personales de los individuos a quienes se ha aplicado y sin contextualizarlo en el medio en que se desarrolla.

Asimismo, puede detectarse que generalmente es utilizado sólo por aquellos sectores de la población que pueden cubrir su costo en hospitales privados y que usualmente no existe un objetivo reporte de sus resultados.

Por otra parte, cabe también resaltar que su manejo ha propiciado cierta charlataneria, pues frecuentemente se promociona por algunas entidades privadas como "parto sin dolor", produciendo enormes frustraciones en las usuarias que pretenden creer el slogan al pie de la letra.

No obstante todo lo expuesto, es importante enfatizar que su empleo amplía la perspectiva de la reproducción humana hacia otros niveles no contemplados previamente.

3.4 APOYO PSICOSOCIAL PARA EL PROCESO DE REPRODUCCION HUMANA

Este término recientemente ha sido empleado como una alternativa para incidir en el campo de la reproducción humana, pretendiendo trascender la preparación psicoprofiláctica para el parto.

Su definición no ha sido precisada en la literatura actual, varía en los diferentes contextos culturales; sin embargo, puede considerarse como señala Caplan (1974) un sistema de relaciones formales e informales a través de las que el individuo recibe el apoyo emocional, cognoscitivo y material, necesario para enfrentar experiencias difíciles. En este sentido y de acuerdo a Langer, et al (1988) estaría constituido por tres elementos básicos:

Apoyo emocional, como reforzamiento de las sensaciones de seguridad, bienestar y autoestima; cognoscitivo, referido a la información, conocimientos y/o consejos que puedan ayudar al individuo a resolver situaciones y; material, al respecto del acceso a objetos y servicios que puedan servir para resolver problemas prácticos.

3.4.1 TRABAJOS REALIZADOS EN OTROS PAISES

Al respecto de esta alternativa, en España Roldán (1985 b) ha sugerido

do que debería darse a toda rutina hospitalaria y junto con la intervención obstétrica, una intervención comportamental, ofreciendo ayuda especializada y eficaz a las mujeres en el momento del diagnóstico de embarazo y que terminase en el alumbramiento.

En esta misma línea, los españoles Richart y Cabrera (1988) señalan que deberían incluirse curso prácticos y teóricos respecto al modo de actuar de las madres durante el parto y primeros meses de vida del niño. Así, junto a los cuidados e información médico-biológica debería existir otra, eminentemente psicológica, encaminada a preparar y asistir a las mujeres gestantes. Se ha enfatizado también (Roldán, 1985 a) la necesidad de una adecuada comunicación entre el personal sanitario y el paciente, a fin de beneficiar tanto a la madre como al niño.

Existen de hecho, diversos estudios que han mostrado la existencia de una importante relación entre los apoyos sociales con los que cuenta la mujer y los resultados del parto en términos biomédicos.

Así, por ejemplo, Nuckolls et al (1972) encontraron que las mujeres con altos niveles de estrés pero que contaban con apoyo psicológico, presentaron complicaciones durante el embarazo en una proporción del 33 %, mientras que aquellas que no contaban con este tipo de apoyo, tuvieron complicaciones en un 91 %. Asimismo, Norberk y Tilden (1983) detectaron también una asociación significativa entre apoyo social insuficiente y la presentación de complicaciones obstétricas.

Por otra parte, se ha concebido el apoyo psicosocial como una intervención para mejorar los resultados del proceso perinatal. Así, Gottlieb (1981) evaluó el efecto logrado por un grupo de apoyo, dirigido por el médico, para padres que estaban pasando por el estrés de un primer embarazo, observando que, a partir de esta experiencia, aumentaba el apoyo que la mujer recibía de su propia y natural red de relaciones.

En este mismo sentido, Sokol et al (1980) estudiaron los efectos de u-

na intervención diseñada para mejorar el pronóstico fetal y neonatal - de los hijos de mujeres de áreas marginadas. Su intervención consistía en un paquete de atención integrado por medidas de educación para la salud y visitas domiciliarias dadas por el personal hospitalario y voluntarios de la propia comunidad.

3.4.2 TRABAJOS REALIZADOS EN MEXICO

En nuestro país se han propuesto algunas alternativas para el manejo - del estado emocional de la mujer embarazada durante el proceso de embarazo y el posterior a él.

Cabe indicar que las acciones más importantes detectadas a este respecto han sido las realizadas en el Instituto Nacional de Perinatología, que es considerado como un hospital de tercer nivel de atención, pues está dirigido al cuidado de embarazos de alto riesgo, en una búsqueda por incidir a nivel preventivo. De hecho, al decir de muchos (Ortigosa, 1989 b) es el mejor no sólo en nuestro país, sino en Latinoamérica, en lo que se refiere a la atención para el proceso de reproducción humana.

A continuación se hará referencia a algunos de los trabajos desarrollados en la mencionada institución.

3.4.2.1 APOYO EMOCIONAL PARA LA GESTANTE

El punto de partida de estos trabajos ha sido el reconocer la gran importancia que el embarazo ejerce sobre la mujer, su pareja y familia, - en los diferentes niveles de desarrollo, dentro de nuestra sociedad - actual.

Se ha enfatizado (Pérez Arizmendi, 1988) la necesidad de que el equipo se sensibilice para poder identificar la capacidad adaptativa de la pareja ante los cambios que el embarazo impone para que con ello puedan satisfacer sus necesidades emocionales.

Un elemento fundamental para ello es la identificación de las reacciones de la pareja durante la gestación, así como la de sus necesidades prioritarias, todo ello a fin de poder ofrecer los más adecuados satisfactores para cada necesidad detectada.

Es asimismo importante identificar plenamente la evolución del proceso reproductivo en sus tres etapas: pregestacional (previa al embarazo); gestacional (durante el embarazo) y postgestacional (después del emba-razo) para poder reconocer los diferentes momentos en que el proceso se desarrolla.

Otro elemento de relevancia es la investigación de todos los factores que pueden repercutir en el estado emocional de la pareja, como son: - la edad, estado civil, dinámica familiar, nivel socioeconómico, difi- cultad para la fertilidad, número de embarazos, aceptación del embara- zo actual, evolución de muertes perinatales, etc; así como las diferen- tes reacciones ante el embarazo: alegría, aceptación; tristeza y ansie- dad o culpa y angustia, entre otros.

Considerando la gama de situaciones que requieren de ser analizadas, - se hace necesario que el equipo de salud tenga un carácter multidiscipli- nario con conocimientos biológicos, médicos y sociales que le permitan comprender las condiciones y manejar adecuadamente la evolución - del proceso.

3.4.2.2 APOYO EMOCIONAL POSTERIOR AL PARTO

El Instituto Nacional de Perinatología, recientemente (Montiel, 1988), ha instaurado el uso de grupos operativos post-parto como experiencia única en México en este campo, surgida de la necesidad de ayudar a la elaboración de las ansiedades y elementos depresivos del post-parto inmediato, así como para hacer una tarea de psicohigiene con las pacien- tes.

Estos grupos de post-parto son reuniones abiertas con las pacientes -

que permanecen en alojamiento conjunto, manejadas con las técnicas de grupo operativo. En ellas el coordinador propicia el esclarecimiento de dudas, la comunicación, el aprendizaje y la resolución de tareas - surgidas espontáneamente a través de la discusión grupal.

En estas reuniones la mujer, por el apoyo y seguridad establecidos, - puede expresar sus vivencias de la maternidad no sólo en cuanto a los tradicionales sentimientos positivos de una "maternidad sublime y altamente satisfactoria", sino también en lo que se refiere a la ambivalencia, temores y depresión que puedan ser experimentados. Se posibilita, asimismo, que la mujer pueda plantearse y tomar conciencia de - las diferentes gamas de sentimientos y del significado de los mismos.

Con este tipo de intervenciones, según muestran los resultados, se ha logrado una disminución de las tensiones presentes en la etapa inmediata al parto, lográndose un incremento en la comunicación entre las pacientes. Por otra parte, se permite también detectar ciertos rasgos - de personalidad propios de la mujer mexicana, tales como: dificultad para expresar vivencias afectivas o de sentimientos, pues resulta más - fácil hablar de preocupaciones orgánicas que de aspectos emocionales; inhibición a tratar aspectos de sexualidad; diferencias en las actitudes entre generaciones y entre diferentes niveles socioculturales.

3.5 INCIDENCIA DE LA PSICOLOGIA EN EL PROCESO DE REPRODUCCION HUMANA A NIVEL PREVENTIVO

Los estudios psicológicos que intentan abordar el proceso de reproducción humana a nivel preventivo, parten generalmente, como se muestra a continuación, de considerar que dada la sobrepoblación a que se ha - enfrentado México en las dos últimas décadas, la función básica psicológica debe enfocarse a la planificación familiar.

3.5.1 ESTUDIOS REALIZADOS

A este respecto, Pick de Weiss (1986) realiza una revisión de la investiga

ción llevada a cabo en México en el área de planificación familiar. En esta revisión, se detecta que la mayoría de estos estudios tienen un carácter descriptivo y que escasamente abordan la explicación o predicción de resultados.

Pick de Weiss (1978, 1979, 1980) analiza la relación entre actitudes, conocimientos, interacciones y conductas de planificación familiar con población de la ciudad de México, detectando que las variables relacionadas con la modernización tales como el nivel educativo y socioeconómico, el contacto con los medios masivos de comunicación y los conocimientos políticos, así como las variables motivacionales, (incluyendo nivel de fatalismo, nivel aspiracional, locus de control, orientación al futuro y apertura a nueva información) son determinantes en la adquisición de conocimientos sobre anticoncepción, así como en la formación de actitudes favorables en esta área.

Por otra parte, al analizar las intenciones, definidas como el tener planes de utilizar algún anticonceptivo, se detectó que el factor determinante era la influencia de las normas de la comunidad.

Asimismo, esta autora, al analizar la presentación de conductas adecuadas de planificación familiar, detectó que estaban influenciadas por las actitudes, los conocimientos y las intenciones, pero que la determinante básica era el tipo de relación conyugal, y que entre menos tradicional era ésta, había mayor probabilidad de que la mujer utilizara adecuadamente la planificación familiar.

Por otra parte, al analizar la formación de actitudes, Campos et al, (1978) detectaron que tanto el médico como el paramédico, eran las figuras importantes en la formación de actitudes hacia la anticoncepción.

En la identificación de la causa que origina el empleo de anticonceptivos, se ha encontrado (Folch-Lyon et al, 1981) que las personas que - -

utilizan algún método anticonceptivo, lo hacen únicamente para evitar - embarazos.

3.5.2 COMENTARIOS

Como puede detectarse, esta serie de estudios que pretenden analizar, desde una perspectiva psicológica, con una orientación preventiva, la reproducción humana, toma un sesgo semejante al asumido por el trabajo general desarrollado por el sector salud médico, es decir, parten de - considerar que las medidas deben encauzarse a disminuir la población, a lograr que el mayor número de mujeres empleen anticonceptivos.

Tales planteamientos, como se ha mencionado previamente, implican un - reduccionismo en cuanto a la conceptualización del proceso y sus interacciones; así, enfatizan más la manifestación cuantitativa, que el - sentido cualitativo y objetivo de la vida humana.

Cabe no obstante, resaltar que de alguna manera estos trabajos evidencian la importancia que la Psicología puede tener para abordar el proceso de reproducción humana, aún cuando reduzcan su función a contribuir al logro de la meta altamente enfatizada por el Sector Salud Nacional: "Alcanzar una disminución en la tasa de natalidad a través del conocimiento y uso de anticonceptivos".

Definitivamente estos personales planteamientos no implican pretender soslayar la realidad actual nacional en la que efectivamente existe una gran cantidad de población que no puede satisfacer sus necesidades en el medio socioeconómico en que se encuentra ubicado, pues existen - muchas carencias en todos los niveles.

Sin embargo, considero, la solución no puede concretarse simplemente a la disminución de la población, no puede verse el control natal como una panacea para la compleja problemática presente no sólo en México, - sino en muchos otros países.

Por otra parte, cabe indicar que la perspectiva continuamente difundida de enfatizar la importancia del control natal, enfrenta a la mujer de nuestra época a una problemática adicional: Por un lado, su condición femenina largamente establecida la incita a tener hijos como la única herramienta disponible para manifestar que se es una mujer completa, sobre todo al incrementar su edad; pero, por otro lado, se le repite continuamente que la explosión demográfica es un problema que hay que abatir.

Con ello quizá, de alguna manera, se le está diciendo a la mujer que como en todo, las modas cambian, así que ahora deberá mostrar su calidad femenina sólo teniendo uno o dos hijos pues si son más, será considerada como un ser humano sin conciencia racional.

Quizá el buscar un abordaje más amplio que parta de una real y objetiva ubicación del proceso de reproducción humana como un evento de carácter biopsicosocial, que contemple una real educación de la pareja y su activa participación en la toma de decisiones, podrá contribuir a delinear una incidencia objetiva a nivel preventivo en la que a reproducción humana se refiere.

Por ello, y considerando el objetivo del presente estudio, el siguiente capítulo se dirigirá al análisis del proceso de prevención en general, particularizando en el trabajo del psicólogo en esta área.

IV PREVENCIÓN

Debido a que en el desarrollo del presente trabajo se ha trazado como objetivo básico la intervención psicológica en el campo preventivo, en enfocada al proceso de reproducción humana, el presente capítulo estará dirigido a conceptualizar el proceso preventivo, ubicándolo en el contexto de interés.

4.1 DEFINICIÓN GÉNERICA DE LA PREVENCIÓN

El término proviene básicamente de la medicina, así Souza y Chamorro - (1988) la definen como la ciencia y arte de interceptar las enfermedades en cualquier fase de su evolución, así como promover la salud y la eficiencia física y mental. Para su desempeño, parte de la identificación de las situaciones de riesgo, es decir de aquellas que de una u otra forma pueden generar algún trastorno o patología en el individuo, a fin de evitar su presentación.

Tradicionalmente la prevención se ha conceptualizado como la labor desempeñada por las vacunas o en la higiene personal; sin embargo, su definición requiere de ser ampliada e incluir lo relativo a las actividades cotidianas llevadas a cabo en la casa o en el trabajo, así como - las relativas a la protección y mejoramiento del ambiente ecológico, - el plano médico-sanitario e incluso, los modos de vida.

Por ello, en su desarrollo como proceso, debe considerarse la protección y promoción de la salud de la población; la protección y mejoramiento del ambiente ecológico social; la prevención, propiamente dicha, de las enfermedades y sus consecuencias; la eliminación de los riesgos identificables y la protección de los grupos de alto riesgo.

La política de prevención debe ser fundamentalmente social, encauzándose a mejorar cada vez más el ambiente ecológico y las condiciones de -

vida y de trabajo de la población; por otra parte, en la misma población debe producirse también una toma de conciencia individual y colectiva que sitúe el problema de la prevención en el lugar que le corresponde, con sus posibilidades y limitaciones; por ello, debe ser una actitud permanente no sólo frente a la salud, sino frente a todas las acciones humanas, ubicándose como una responsabilidad compartida entre el individuo, los servicios de salud y la sociedad entera.

Para llevar a cabo una real prevención, es necesario partir de un buen conocimiento de la población y de sus problemas y necesidades de salud. Tal conocimiento debe estar basado por un lado "... en la información epidemiológica social específica para la comunidad en que se trabaja y por otra parte, en la toma de conciencia de su carácter político; asimismo, debe partirse del reconocimiento de los riesgos como producto de la misma sociedad en que se presenten ..." (San Martín, 1984).

En esta línea, el concepto de prevención puede ser comparado con la política de Atención Primaria a la Salud que recientemente ha sido enfatizada por el Sector Salud Nacional y que en el punto 4.4 será abordada.

4.2 TIPOS DE PREVENCIÓN

Actualmente y de acuerdo al nivel de incidencia a que se dirija, han sido definidos tres tipos de acciones preventivas:

4.2.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

Su finalidad es evitar que la enfermedad se presente; tiene lugar en la fase prepatogénica de la historia natural de la enfermedad y es manejada a través de la promoción de la salud, tanto específica como inespecífica.

4.2.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

Su meta es detener la propagación y progresión de los procesos patoló

gicos. Se lleva a efecto por medio de la detección y diagnóstico tempranos, así como por el tratamiento oportuno.

4.2.3 PREVENCIÓN TERCIARIA

Se lleva a cabo con el propósito de limitar las secuelas o rehabilitar a las personas inválidas.

4.3 IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

Si bien la prevención, como estrategia para evitar trastornos y promover la salud, resulta ser de gran trascendencia para el desarrollo del individuo y su comunidad, realmente por el momento en México no ha adquirido el lugar que le corresponde.

Así, no obstante que los discursos oficiales enfatizan continuamente la relevancia de su aplicación, de hecho la realidad manifiesta que gran parte del trabajo del sector salud está encauzada básicamente a "curar" más que a evitar enfermedades, enfocando generalmente su actividad a situaciones médicas.

Esta tendencia es justificada al argumentar que es necesario atender a los individuos que presentan deficiencias en alguna área de su desarrollo físico, y que resulta difícil dirigir los escasos recursos que se tienen a trabajos de investigación que permitan generar estrategias preventivas.

Por otra parte, puede detectarse también que la comunidad generalmente aquilata más la solución de determinados problemas ya presentes, que la posibilidad de evitar alguna situación que no haya sido percibida como problemática, o la de mejorar alguna que de una u otra manera vive ya.

En este sentido, resulta evidente que para realizar un objetivo trabajo de prevención como búsqueda, como promoción de salud, es necesario contar, tanto con la adecuada formación de profesionistas que se invo-

lucren con ella, como con la aceptación y colaboración de la comunidad en que se pretenda desarrollar. Para tal efecto, puede decirse que la educación para la salud, analizada ya en el capítulo II, se presenta - como una alternativa que puede cubrir en cierta medida estos objetivos.

4.4 ATENCION PRIMARIA A LA SALUD Y PREVENCION

La atención primaria a la salud (APS) es considerada (Alvarez Manilla, 1988) como una importante estrategia que permitirá alcanzar la meta establecida por la Organización Panamericana para la Salud en 1978 de - "Salud para todos en el año 2000". Su peculiar característica es la - búsqueda por incidir no en la enfermedad sino en la salud misma, es de - cir, que debe ser ejercida antes de que aparezca el daño.

El manejo de la APS es realizado a través de servicios de primer nivel de atención y del contacto primario, dirigidos a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Su actividad no sólo es realizada con acciones médicas, sino que implica (Alvarez Manilla, 1988) acciones de nivel intermedio, es decir, aquellas ligadas al medio ambiente doméstico y a la familia, elaboradas a partir de la educación de la comunidad y de su participación en su propio cuidado.

La APS es de hecho considerada (Loewe, 1983) como el primer elemento - de un proceso permanente de asistencia sanitaria, eje central de desarrollo social y económico de la comunidad.

No obstante su evidente trascendencia, frecuentemente la APS es minusvalorada al atribuirle carácter de atención de segunda, de baja calidad, de tecnología simplista. Tal conceptualización es errónea en -- cuanto no se considera que para su manejo como estrategia requiere de una tecnología simplificada, resultado de un proceso complejo de aplicación del conocimiento científico, así como de una perspectiva anticipatoria que implica una real programación de actividades.

Esta minusvaloración puede también ser atribuida a que usualmente se -

aquilatan aquellos grandes adelantos que curan grandes males y no - -
ciertas medidas que pueden permitir la conservación de la salud.

Con este planteamiento, cabe indicar, no se pretende soslayar la relevancia de las técnicas curativas para el desarrollo humano pues, como señala Loewe (op cit), la APS debe incluir toda la gama de servicios - de salud existente en el país, tanto a nivel preventivo como curativo, de tecnología simple y compleja, pública y privada, para poder alcanzar la meta de "salud para todos".

Un elemento de gran relevancia dentro de la APS es el nivel epidemiológico que, como estudio de la frecuencia y distribución de los fenómenos de salud y de sus determinantes, no debe reducirse a predecir la - probabilidad de que un sujeto identificado incurra en ciertos riesgos (Alvarez Manilla, op cit).

En este sentido, la práctica de la atención primaria a la salud cambia el énfasis del diagnóstico, ubicándolo en los riesgos del individuo. - Para ponerla en práctica se requiere de un inventario de los factores de riesgo de los individuos de una población que después habrá de derivarse al riesgo o riesgos específicos de cada individuo, de cada familia y de cada sociedad, lo que será de relevancia para el campo genético y el de las enfermedades mentales y sociales.

En esta línea, puede decirse que el eje de interés del presente estudio, la reproducción humana, dadas sus condiciones biológicas, psicológicas y sociales actuales, adquiere un evidente papel de situación de riesgo, por lo que puede ser definida como área de trabajo para la APS.

En México, recientemente la APS ha adquirido un importante lugar en - las políticas del sector salud nacional, como lo muestra la relevancia que le es adjudicada, cuando menos a nivel de discursos oficiales; así, al respecto del área de la salud mental, en 1987 fueron actualizadas - las normas técnicas relativas a la prestación de servicios en el área

de la APS. (SSA, 1987)

Estas normas a partir de la definición de salud mental como ausencia de psicopatología y como el despliegue óptimo de las potencialidades individuales para el bienestar, la convivencia, el trabajo y la recreación, han establecido (artículo 3) que la APS mental debe incluir actividades llevadas a cabo por el personal de salud en el seno de la comunidad, con la participación activa de sus miembros, en el contexto de la atención primaria integral y con una orientación predominantemente de carácter preventivo.

Las actividades que, se señala, la Atención Primaria a la Salud Mental, debe incluir son:

Preventivas: Referidas a la promoción, educación, detección y manejo oportuno de casos.

Curativas: Relativas al manejo y tratamiento de los casos más comunes, atención de casos urgentes y seguimiento de la evolución de pacientes.

Rehabilitación psicosocial: Que incluye consejo psicológico individual, familiar, grupal, para la confrontación de problemas de salud mental, actividades ocupacionales y recreativas, apoyo al paciente y a sus familiares.

Dentro de estas normas relativas a la prestación de servicios para la Salud Mental, se enfatiza también la importancia de la enseñanza y la capacitación del personal de salud, así como la del registro e información de las acciones realizadas.

4.5 PSICOLOGIA Y PREVENICION

Del mismo modo que en el campo médico el Sector Salud Nacional ha asignado un papel secundario a la prevención, tampoco en el área de la Psicología se ha reconocido su relevancia.

Así, la incidencia que el psicólogo puede ejercer en la salud ha sido tradicionalmente identificada con el proveer tratamientos colaterales para trastornos psicológicos que resultan del deterioro de la salud o para aquellos daños que de una u otra manera tienen un efecto en ella; en este sentido, la práctica profesional se ha orientado básicamente (Ortiz, 1989) hacia la atención individual de personas con problemas de comportamiento, emocionales o afectivos, en un orden terapéutico o curativo y de rehabilitación realizado principalmente en el consultorio.

No obstante esta común actitud, debe también, como señala Rodríguez (1984) ubicarse el importante papel psicológico en el desarrollo y aplicación de procedimientos preventivos, correctivos, rehabilitatorios y de apoyo; a este respecto, señala Rodríguez, se ha mostrado ya una útil aplicación y desarrollo de la tecnología psicológica que ha incidido a través del comportamiento, abierto o cubierto, en los procesos fisiológicos de los individuos. Se ha conseguido, asimismo, la incorporación de hábitos y costumbres que también repercuten en la fisiología de las personas e incluso, se ha usado la discriminación interoceptiva como un recurso para el entrenamiento de los pacientes en el mejoramiento y conservación de la salud.

De esta manera y retomando la definición de Psicología de la Salud que la Asociación Americana de Psicología elaboró en 1981, puede conceptualizarse como "el conjunto de contribuciones de la disciplina psicológica en lo científico y profesional, encauzado a: la promoción y mantenimiento de la salud; prevención y tratamiento de enfermedades, incluyendo la identificación de los correlatos etiológicos y de diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas; así como el análisis y mejoramiento de las políticas de salud"

Esta conceptualización permite visualizar un panorama más amplio al respecto de la labor psicológica; sin embargo, es también importante que para su desempeño sean ubicados los diferentes comportamientos del

individuo dentro de su contexto social; así, para el análisis y comprensión del proceso salud-enfermedad, será necesario partir del reconocimiento de su carácter como evento dinámico de connotación histórico social.

Debido a que el interés particular de este trabajo está en el área preventiva, a continuación serán especificadas las funciones básicas en que el psicólogo puede incidir a este nivel.

4.5.1 ACTIVIDADES PSICOLOGICAS EN LA PREVENCIÓN

Los diferentes enfoques de la Psicología Preventiva tienen en común - (Rodríguez, 1984) buscar los mecanismos que contribuyan a que el individuo viva una existencia más satisfactoria, logre equilibrio y busque la forma de entablar relaciones interpersonales más constructivas y satisfactorias, es decir, buscan promover la salud. No obstante, la diferente perspectiva que se tenga del individuo y de su naturaleza humana, propiciará también diversos mecanismos para la realización de su objetivo y por tanto, variados intereses que cubrir.

Por ejemplo, un interesante análisis (Campillo y Hernández, 1979) sugiere que la psicología preventiva debe adquirir una connotación psico antropológica, en la que se considere como actividad prioritaria la adquisición de un repertorio teórico, metodológico y tecnológico para el análisis y solución de los problemas comunitarios, dando atención primordial a los fenómenos que intervienen en el origen, desarrollo y evolución de las conductas patológicas.

Para ello, se requiere ubicar y analizar los problemas conductuales en el propio lugar en que se presentan; partir de investigaciones de tipo inter y multidisciplinario; elaborar diagnósticos integrales que sirvan de marco de referencia para los programas de salud a desarrollar; plantear alternativas de solución de acuerdo al diagnóstico integral, así como programas diferenciales basados en los problemas identificados en la investigación y; sistemas de evaluación que permitan el con-

tro] del trabajo en comunidad y la retroalimentación del mismo.

En esta definición de actividades del psicólogo en el campo preventivo, son enfatizadas también (Rodríguez, 1987) la identificación de patrones de comportamiento que llevan o predisponen a la enfermedad así como la modificación de su prevalencia e incidencia en la comunidad. - Todo ello a fin de permitir anticiparse al daño, constituyendo una alternativa de abordaje que rechaza el supuesto de que la enfermedad es inevitable. Con estas actividades, la salud es ubicada como un estado general del organismo humano que puede ser prolongado si se atiende - tanto a la conducta de los individuos como a la cultura de las sociedades.

Bajo esta perspectiva, se plantean como elementos indispensables, la identificación de los paradigmas que explican las relaciones entre los estilos de comportamiento y los estados de salud-enfermedad; la identificación de los patrones de comportamiento abierto y cubierto que favorecen estos estados; así como el desarrollo de escalas de medición que permitan hacer predicciones sobre el estado futuro del individuo en - términos de salud o enfermedad y de la continuidad o modificación de - ciertos estilos de comportamiento. De esta manera, la promoción, el - cuidado y el mantenimiento de la salud, son vistos como estilos de vida sobre los que debe incidirse.

A este respecto, Sánchez Sosa (1989) establece tres elementos que integran los estilos de vida, considerando que el psicólogo debe incidir - en ellos y en su desarrollo:

ASPECTO INSTRUMENTAL DE LA CONDUCTA: Corresponde al comportamiento observable tal y como el individuo lo muestra a nivel verbal y no verbal y que se convierte en un instrumento que modifica su ambiente interno y externo. Este aspecto instrumental se transforma en antecedente registrable con el paso del tiempo, formando parte de su historia individual y familiar. Así, por ejemplo, conductas tales como elegir alimen-

tos no nutritivos, desempeñar poca o ninguna actividad física, fumar, etc, son conductas instrumentales que influyen la salud, la modifican y de hecho, forman un estilo particular de vida.

AMBITO DE LA COGNICION: Relativo a la forma en que el individuo concibe al mundo que le rodea, su historia personal, su prospectiva y la de las personas que le rodean. A este respecto, se ha evidenciado que el individuo tiene ciertas creencias y concepciones que no siempre son objetivas; relativas tanto a la salud como a sus interrelaciones, y que de una u otra manera determinan su comportamiento.

AMBITO DE LAS EMOCIONES: Relativo a la actitud del individuo, el grado de afecto positivo o negativo que presenta hacia un objeto psicológico y que inciden sobre la probabilidad real de adoptar estilos de vida.

Las creencias, señala Sánchez Sosa (op cit), cuando han sido mantenidas durante mucho tiempo o cuando un hábito instrumental ha permanecido por períodos prolongados, producen de manera natural una resistencia al cambio que va más allá de los aspectos instrumentales o cognoscitivos.

Por otra parte, puede considerarse la propuesta de Pichón Riviere como una opción de trabajo bajo la cual puede abordarse el campo preventivo. Esta alternativa, denominada técnica de grupos operativos, considera la posibilidad de elaborar la conjunción de elementos como la afectividad y pensamiento frente a un tema, rompiendo con los modelos instituidos en los que aparecen como opuestos y sin ninguna conexión.

El objetivo básico de los grupos operativos es el "aprender a pensar" a través del trabajo grupal y el manejo de una didáctica interdisciplinaria y acumulativa (Pichón Riviere, 1971).

Considerando que esta propuesta, resulta ser una oportuna alternativa

para el desarrollo de este trabajo, el capítulo V se dirigirá a identificar sus concepciones básicas.

V GRUPO OPERATIVO

Como se mencionaba en el capítulo previo, la técnica de grupos operativos resulta ser una interesante opción para el presente trabajo ya que, dentro de la diversidad de tareas en que puede centrarse se encuentran la prevención y el aprendizaje, elementos cruciales para el cumplimiento del objetivo propuesto; por ello, este capítulo se dirigirá a explicitar los conceptos básicos referidos a esta perspectiva.

Debido a que Pichón Riviere es el representante y creador de esta propuesta, los elementos que a continuación serán expresados se fundamentarán primordialmente en la antología elaborada bajo el nombre de "Proceso grupal: Del Psicoanálisis a la psicología social" que incluye una serie de trabajos por él realizados.

5.1 ANTECEDENTES

El esquema conceptual, referencial y operativo de la técnica de grupo operativo está fundamentado sobre todo en su aspecto genético, histórico y estructural, en las ideas de Freud y de Melanie Klein; mientras que el aspecto social está apoyado en Kurt Lewin, quien en un esfuerzo por hacer práctica la experimentación sociológica, propone la realización de una "investigación activa"

La propuesta de Pichón Riviere del manejo de grupos operativos, parte de considerar que el sujeto es saro en la medida que aprehende la realidad en una perspectiva integradora, en sucesivas tentativas de totalización y con la capacidad de transformar esta realidad, modificándose a la vez a sí mismo, de tal manera que mantiene un interjuego dialéctico con el medio, en vez de una relación pasiva, rígida y estereotipada.

La salud mental, bajo esta perspectiva, es considerada como un aprendi

zaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. Por ello, su definición no es un valor absoluto y resulta evaluable en términos de la calidad del comportamiento social, cuya operatividad o deterioro están íntimamente ligados a factores de orden socioeconómico y familiar que, intervienen o determinan, en forma positiva o negativa, una adaptación activa a la realidad. En esta misma línea, se considera que tras toda conducta "desviada", subyace una situación de conflicto, siendo la enfermedad un proceso comprensible, expresión de un fallido intento de adaptación al medio.

5.2 CONSTITUCION DEL GRUPO OPERATIVO

La base de constitución del grupo operativo se da a partir de tres elementos: la tarea, el sentimiento de grupo y la mutua representación interna en relación con la tarea.

Su actividad central es la propia tarea, cuya finalidad es el aprender a pensar en términos de resolución de las dificultades creadas y manifiestas en el campo grupal.

La experiencia ha señalado la utilidad de grupos heterogéneos en tareas concretas, donde frente a una máxima heterogeneidad de los componentes, se puede lograr una máxima homogeneidad en la tarea, midiéndose la eficiencia en términos dados por variantes cuantitativas de estos principios.

5.3 TIPOS DE TAREAS

Bajo la tarea explícita de un grupo operativo subyace siempre otra implícita que apunta a la ruptura, a través del esclarecimiento, de las pautas estereotipadas que dificultan el aprendizaje y la comunicación y que significan un obstáculo frente a toda situación de progreso o cambio. Por ello, puede decirse que la tarea realmente consiste en la elaboración de dos ansiedades básicas: miedo a la pérdida (ansiedad depresiva) de las estructuras existentes y miedo al ataque (ansiedad paranoide).

Entre las particulares tareas explícitas en que puede centrarse el grupo operativo, se encuentran: aprendizaje; curación, que incluye prevención; diagnóstico de las dificultades de una organización laboral; creación publicitaria, etc.

A continuación se hará una revisión de las dos primeras tareas mencionadas, considerando que resultan de gran utilidad para lograr una real prevención de trastornos biopsicosociales en el proceso de reproducción humana, al contribuir a su transformación en un proceso sano, positivo, libremente elegido, de acuerdo al objetivo propuesto para este estudio.

5.3.1 FUNCION TERAPEUTICA

Esta función es de gran relevancia tanto para el análisis y comprensión de aquellos grupos que han vivenciado problemas dentro del proceso de reproducción humana, como para aquellos en los que se desea evitarlos.

Para la identificación y explicitación de los procesos presentes en las situaciones grupales terapéuticas, se ha elaborado el llamado esquema de cono invertido, que consta de base, vértice y espiral dialéctica.

5.3.1.1 BASE

En ella se ubican los contenidos emergentes, manifiestos o explícitos en el campo operacional. Están configurados por los cuatro momentos de la operación terapéutica o correctora: diagnóstico, pronóstico, tratamiento y profilaxis, que para su estudio y adecuada comprensión deben ser ubicados en: el paciente, el grupo y la situación.

5.3.1.1.1 DIAGNOSTICO

Para llegar a él, debe partirse de considerar que la enfermedad del paciente es un rol dentro de la situación grupal, de tal manera que el paciente es el depositario de las ansiedades y tensiones del grupo fa

miliar. Por ello, se le considera como el miembro dinámicamente más fuerte, pues su estructura personal le permite hacerse cargo de la enfermedad grupal. Así, el paciente enferma como una forma de preservar al resto del grupo del caos y la destrucción.

En la medida que el paciente asume eficazmente su rol, el grupo logra mantener un cierto equilibrio y una cierta economía sociodinámica. Por ello, en el seno del grupo aparecen diferentes mecanismos de segregación que manifiestan el deseo de eliminar la enfermedad grupal.

5.3.1.1.2 PRONOSTICO

Está determinado por la estructura personal del paciente, por la imagen que el grupo tiene de él, por el grado de intensidad de los estereotipos con que estos aspectos se dinamizan en el paciente y en el grupo y por el monto de mecanismos de segregación.

5.3.1.1.3 TRATAMIENTO

Un elemento básico para llevarlo a cabo es la estructura del primer estereotipo consistente en la delegación del rol por el grupo y la asunción del mismo por el paciente. La terapia puede estar dirigida al grupo (incluido o no el paciente) a fin de romper los estereotipos y disminuir los mecanismos de segregación.

5.3.1.1.4 PROFILAXIS

Con la reducción de las estructuras individuales y grupales se hace la profilaxis tanto de la recurrencia de un nuevo episodio en el paciente como de otro miembro que puede enfermar al mejorar el paciente, y del mismo grupo en su totalidad. Pichón Riviere propone como estrategia de prevención de la emergencia de situaciones patológicas en el ámbito del grupo familiar, algunas técnicas de esclarecimiento destinadas a reforzar los aspectos de movilidad y operatividad. Así, plantea la creación de un dispositivo de seguridad adaptativo y creador que permita al grupo enfrentarse a las situaciones de cambio generadoras de inseguridad, planteando para ello la necesidad de esclarecer y manejar -

operativamente los vectores que conforman el modelo de conducta grupal y que serán revisados en el inciso 5.4

5.3.1.2 VERTICE

En él se ubican las situaciones básicas o universales implícitas que - están actuando en forma latente y cuya indagación corresponde al terapeuta en su operación. Estos universales son:

- Miedos básicos: Referidos al miedo a la pérdida de la estructura ya - lograda y el miedo al ataque en la nueva situación a estructurar.
- Situación terapéutica negativa frente a la situación de cambio y que está configurada por: miedo al cambio y resistencia al cambio.
- Sentimiento básico de inseguridad.
- Procesos de aprendizaje y comunicación que forman una unidad y su interdependencia.
- Fantasía básica de la enfermedad, tratamiento y curación.

5.3.1.3 ESPIRAL

Este elemento del cono invertido, grafica el movimiento dialéctico de la indagación y esclarecimiento que va de lo explícito a lo implícito con el objeto de explicitarlo.

5.3.2 APRENDIZAJE

Un elemento fundamental para el presente trabajo es el aprendizaje, - pues para lograr que el individuo asuma al proceso de reproducción humana positiva y libremente, en primera instancia es necesario que conozca al mismo proceso y a su propia naturaleza, reconociéndose como - ente histórico y pensante, capaz de cuestionar y de asumir nuevos sentimientos, actitudes y comportamientos consonantes con su realidad.

La noción de aprendizaje bajo el marco de grupo operativo se vincula - con el criterio de adaptación activa a la realidad. Esta adaptación - como aprendizaje de la realidad, implica una relación dialéctica mutuamente modificante y enriquecedora entre sujeto y medio.

Aprender es realizar una coherente lectura de la realidad que no implica una aceptación acrítica de las normas y valores, sino la capacidad de evaluación y creatividad, es decir, la transformación de lo real. Por ello, puede postularse que el enseñar y aprender constituyen una unidad que se identifica con el inquirir, indagar o investigar y que adquiere el carácter de continua y dialéctica experiencia de aprendizaje en espiral, donde en un clima de plena interacción, se descubre y redescubre, se aprende y se enseña.

La técnica operativa centrada en el aprendizaje, parte del análisis de las situaciones cotidianas para alcanzar, en sucesivos momentos de comprensión, un conocimiento objetivo.

Así, el pensamiento que funciona en grupo va desde el pensar vulgar o común hacia el pensamiento sistemático, resolviendo las aparentes contradicciones y estableciendo una secuencia o continuidad genética y -- dinámica entre uno y otro.

Cuando el propósito del grupo operativo es la práctica de una didáctica interdisciplinaria, de carácter acumulativo, se utilizan métodos de indagación operativa, centrados en la movilización de las estructuras estereotipadas y en las dificultades del aprendizaje y comunicación, -- debidas al monto de ansiedad que despierta todo cambio.

Esta didáctica se basa en la preexistencia en cada uno de nosotros de un esquema referencial (conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que el individuo piensa y hace) que adquiere unidad a través del trabajo de grupo, promoviendo a la vez, en ese grupo o comunidad, un esquema referencial operativo sustentado en el común denominador de los esquemas previos.

En la didáctica interdisciplinaria se cumplen funciones de educar, de despertar interés, instruir y transmitir conocimientos, pero por medio de una técnica que redunde en economía del trabajo de aprendizaje, --

pues al emplear un método acumulativo, la progresión no es aritmética sino geométrica.

5.4 MODELOS DE CONDUCTA VERBAL: ESCALA DE EVALUACION

La constatación sistemática y reiterada de ciertos fenómenos grupales presentes en cada sesión, ha permitido construir una escala de evaluación básica a través de la clasificación de modelos de conducta grupal que permiten el análisis y explicitación del manejo operativo.

El primer vector de dicha categorización incluye los fenómenos de AFILIACION O IDENTIFICACION con los procesos grupales en los que el sujeto guarda una determinada distancia, sin incluirse totalmente en el grupo.

Posteriormente, este primer momento de afiliación se convierte en PERTINENCIA, en la que existe una mayor integración al grupo, que permite a los miembros elaborar una estrategia, una táctica, una técnica y una logística. Este momento de pertinencia hace también posible la planificación.

La COOPERACION consiste en la contribución aún silenciosa a la tarea grupal que se establece sobre la base de roles diferenciados. A través de ella se hace manifiesto el carácter interdisciplinario del grupo operativo y el interjuego de su verticalidad y horizontalidad.

La PERTENENCIA consiste en el centrarse del juego en la tarea prescrita y en el esclarecimiento de la misma. Su calidad se evalúa de acuerdo con el monto de la pretarea, la creatividad y la productividad del grupo y sus aperturas hacia un proyecto

La COMUNICACION entre los miembros que puede ser verbal o preverbal, a través de gestos, es considerada no sólo en cuanto al contenido del mensaje sino también en cuanto al cómo y quién de ese mensaje (metacomunicación). En el caso de que ambos elementos entren en contradicción,

se conforma un malentendido dentro del grupo.

El APRENDIZAJE se logra por sumación de información de los integrantes -- del grupo, cumpliéndose en un momento dado, la ley de la dialéctica de -- transformación de cantidad en calidad.

El cambio cualitativo producido en un grupo se traduce en términos de -- la resolución de ansiedades, adaptación activa a la realidad, creatividad, proyectos, etc.

La disposición positiva o negativa para trabajar con un miembro del grupo y que configura el clima, se denomina TELE. Puede ser considerado como -- transferencia positiva o negativa del grupo con el coordinador y los miembros entre sí.

La situación central a evaluar y en la que convergen los distintos vectores de análisis es la ACTITUD ANTE EL CAMBIO que se modifica en términos del incremento o resolución de las ansiedades depresivas o paranoide, de pérdida y ataque coexistentes en tiempo y espacio y que son los generadores del estereotipo.

5.5. MOMENTOS DE TRABAJO GRUPAL

Pichón Riviere propone tres momentos o instancias que se presentan en -- una sucesión evolutiva dentro del trabajo grupal: Pretarea, tarea y proyecto. Ubica la aparición y juego constante de estos momentos frente a cada situación o tarea que involucre modificaciones en el sujeto. Debido a que el estudio desarrollado en este trabajo tiene precisamente la finalidad de generar modificaciones en el sujeto, a continuación se hará un -- breve desglose de estas instancias, para en el siguiente capítulo, definir los canales en que serán manejadas.

5.5.1 PRETAREA

En ella se ubican las técnicas defensivas que estructuran lo que se denomina resistencia al cambio, movilizadas por el incremento de las an--

siedades de pérdida y ataque. Es un momento habitual en el desarrollo del trabajo grupal; sin embargo, si se estanca, la productividad del grupo es nula.

Las técnicas defensivas son empleadas durante este momento con el fin de postergar la elaboración de los miedos básicos que operan como obstáculo epistemológico en la lectura de la realidad, estableciéndose una distancia entre lo real y lo fantaseado.

La pretarea aparece como el campo en el que el proyecto y la resistencia al cambio son las exigencias con signo opuesto y que, por tanto, crean tensión.

Este período se caracteriza por la apelación a todos los mecanismos de escisión, disociando el sentir, el pensar y la acción; en él ocurre principalmente la situación transferencial y contratransferencial. Durante esta fase, el coordinador o terapeuta deberá conducir al grupo al análisis sistemático de los factores que impiden la penetración en el segundo período, la elaboración de la tarea.

5.5.2 TAREA

En el pasaje de la pretarea a la tarea, el sujeto efectúa un salto cualitativo durante el cual se personifica y establece en relación con el "otro diferenciado"

La tarea consiste en el abordaje y elaboración de ansiedades y la emergencia de una posición depresiva básica, en la que el objeto de conocimiento se hace penetrable por la ruptura de una pauta disociativa y estereotipada que ha funcionado como factor de estancamiento en el aprendizaje de la realidad y de deterioro en la red de comunicación. La posición depresiva requiere de elaboración, haciéndose "consciente lo inconsciente"

Esta instancia es el ámbito de la elaboración de los cuatro momentos -

de la función operativa: estrategia, táctica, técnica y logística.

5.5.3 PROYECTO

Surge cuando se ha logrado una pertenencia de los miembros, concretándose con ello una planificación.

En este momento, el grupo se plantea objetivos que van más allá del aquí y del ahora, construyendo una estrategia destinada a alcanzar sus objetivos. En ese aquí y ahora puede interpretarse que el proyecto, como todo mecanismo de creación, está destinado a superar la situación de muerte o pérdida que vivencian los miembros cuando a través de la realización de la tarea, advierten la posibilidad de separación o finalización del grupo.

5.6 ROLES

Debido a que el grupo durante el proceso operativo adquiere plasticidad y movilidad a través de la tarea, los roles que se presentan en él se hacen intercambiables, entre los fundamentales se encuentran:

5.6.1 PORTAVOZ

Es el emergente del grupo, depositario de sus tensiones, puede ser considerado como el más fuerte, pero se convierte situacionalmente en el más débil por su incapacidad de soportar la depositación masiva, transformándose luego en el líder del cambio a través de la terapia, es decir, en el líder operativo.

En el grupo operativo se comienza por interpretar al portavoz que, por su historia personal es muy sensible al problema subyacente y que, actuando como radar, detecta las fantasías inconscientes del grupo y las explicita, denunciando el acontecer grupal, las fantasías que lo mueven, las ansiedades y necesidades de la totalidad del grupo, Asimismo, el portavoz puede representar en ocasiones la resistencia al cambio.

El portavoz al no hablar sólo por sí, sino por todos, conjuga lo que -

llamamos verticalidad y horizontalidad grupal, entendiendo por verticalidad lo referido a la historia personal del sujeto y por horizontalidad, el proceso actual que se cumple en el aquí y ahora en la totalidad de los miembros.

El portavoz puede desempeñar su rol, debido a que en él se da una articulación entre su fantasía inconsciente y el acontecer del grupo en el que se inserta.

Así, las necesidades, ansiedades y fantasías enunciadas por el portavoz y su manera de formularlas, hacen referencia a su historia personal, en tanto que el hecho de que las formule en un momento dado del acontecer grupal, señala el carácter horizontal del emergente.

El "curar" al portavoz implica adjudicarle un rol nuevo, el de agente de cambio.

5.6.2 CHIVO EMISARIO

Es un miembro del grupo que aparece a partir del mecanismo de segregación, haciéndose depositario de los aspectos negativos o atemorizantes del grupo o de la tarea, en un acuerdo tácito en el que se comprometen tanto él como los miembros.

5.6.3 LIDER

Miembro que se hace depositario de los aspectos positivos del grupo y que obtiene un liderazgo centrado en una o varias de las categorías de conducta grupal: pertenencia, cooperación, etc.

El rol de chivo emisario y el de lider están íntimamente ligados ya - que el primero surge como preservación del liderazgo a través de un - proceso de disociación o splitting, necesarios para el grupo en su tarea de discriminación.

5.6.4 SABOTEADOR

Es habitualmente el liderazgo de la resistencia al cambio.

5.6.5 INTERJUEGO DE ROLES

Este interjuego de roles en el grupo debe estar regido por el principio de complementariedad que permite que los roles sean funcionales y operativos. Por ello, cuando aparece la suplementariedad, el grupo se invade de una situación que esteriliza la tarea.

5.6.6 COORDINACION

El equipo de coordinación está integrado por el coordinador y el observador. Cada uno a partir de un Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO) que le permite la comprensión de las leyes estructurales - del proceso grupal, detecta las situaciones significativas emergentes que desde lo explícito, remiten como signo a formas explícitas de interacción.

El coordinador actúa como copensador, como orientador, favoreciendo la - comunicación intragrupal y tratando de evitar la discusión frontal. Su finalidad es lograr una comunicación dentro del grupo, activa, creadora, de tal manera que en su desarrollo progresivo, tome la forma de una espiral en la que coincidan didáctica, aprendizaje, comunicación y operatividad. Así, su función esencial es dinamizar, resolviendo discusiones frontales que ocasionan el cierre del sistema.

El individuo que funge como coordinador cumple en el grupo un rol prescrito: el de ayudar a los miembros a pensar, abordando el obstáculo epistemológico configurado por las ansiedades básicas. Su tarea consiste en reflexionar con el grupo acerca de la relación que los integrantes del mismo establecen entre sí y con la tarea prescrita.

Para el desempeño de este rol, se cuenta con dos herramientas básicas: el señalamiento de las situaciones manifiestas o explícitas y una hipótesis acerca del acontecer explícito, referido a hechos o procesos -

grupales que no aparecen como manifiestos ante los integrantes del grupo y que funcionan como obstáculos para el logro del objetivo grupal.

Su interpretación debe orientarse generalmente sobre las situaciones universales en una formulación que incluya siempre lo vertical del portavoz y lo horizontal del grupo.

El observador por lo general no participa directamente, registra todo lo que acontece en el grupo a través de un enfoque panorámico para, posteriormente, analizar junto con el coordinador las tareas previas.

5.6.7 ROL DEL PSICOLOGO

En términos generales al hablar de roles, puede decirse que, bajo la perspectiva de Pichón Riviere, la tarea del psicólogo al planificar y realizar cada indagación, está definida como el intento de descubrir las interacciones que entorpecen el desarrollo pleno de la existencia humana, así como indagar los factores que favorecen tal desarrollo.

Al operar sobre el grupo, evidentemente se produce de cualquier manera un impacto determinado, por lo que el psicólogo debe buscar la manera de preparar o condicionar el clima de tal manera que cada técnica de planificación transforme la situación en el campo propicio para la indagación activa.

VI LA PSICOLOGIA EN EL PROCESO DE REPRODUCCION HUMANA Y SU PREVENCION.

A fin de cumplir el objetivo propuesto para este trabajo, referido a - detectar los niveles de incidencia psicológica en el proceso de reproducción humana en el ámbito preventivo, serán trazadas a continuación algunas alternativas fundamentadas en los análisis vertidos a lo largo del estudio.

Un sustento básico para tal efecto, es considerar el carácter biopsico social del evento y, por ende, la necesidad de un trabajo interdisciplinario que permita detectar e incidir sobre las condiciones integrales de la población; ello cobra especial relevancia considerando que - continuamente el pensamiento, la acción y las emociones del ser humano en general, y en particular al respecto de este proceso, se encuentran en evolución, como lo evidencian recientes estudios (Ogilvy & Mather, 1990).

Por otra parte, será también relevante visualizar la amplia acepción del término prevención y la forma en que la Psicología se ha articulado con él, de tal manera que sea posible trascender la identificación de la prevención en el proceso de reproducción humana, simplemente - con el uso de anticonceptivos; el marco bajo el que se ubicará esta - propuesta será el análisis grupal desde la perspectiva de Pichón Riviere.

Un primer elemento para efectuar este trabajo es la identificación del estilo de vida actual subyacente al proceso de reproducción humana, si tuación que puede ser considerada como la fase diagnóstica y que a con tinuación será explorada.

6.1 DIAGNOSTICO

A efecto de dar su justa connotación a este elemento de trabajo, es importante visualizar sus características:

6.1.1 DEFINICION

El diagnóstico no debe ser considerado como simple detección de línea base sobre la cual trabajar, sino como un proceso de investigación de carácter permanente (Yopo, 1985) que adquirirá diferentes matices dentro de los grupos culturales, económicos, sociales, etc, que integran a la población.

Debido a que la reproducción humana es el proceso de interés para el presente trabajo, la investigación estará centrada en ella, sín que tal actitud implique desfasarla del resto de actividades con las que se encuentra interrelacionada, sino sólo delimitar el tema de interés a fin de sistematizar la información.

6.1.2 SUJETOS DE DIAGNOSTICO

Si bien la reproducción humana tradicionalmente ha sido considerada como un evento individual y privado, se sugiere realizar este estudio - partiendo de grupos poblacionales con los que, como señala Pichón Riviere (opcit) podría adquirirse el carácter de investigación social.

Tal opción se fundamenta por un lado, en partir del individuo como un ser con una connotación eminentemente histórico social que imprime al proceso en estudio diferentes matices dependiendo del sexo, del nivel cultural, económico, social, etc, en que el individuo se desarrolle, - es decir, dependiendo del grupo del que forme parte; por otro lado, este análisis se sustenta también en la connotación biopsicosocial del proceso, ya revisada en el capítulo I

Para la realización de este trabajo se considera también pertinente - propiciar el conocimiento del individuo por él mismo dentro de su grupo, de tal forma que las actitudes, sentimientos, comportamientos, que

giran en torno al proceso, lo que podría llamarse el estilo de vida - en que se encuentra inmerso, sean identificados tanto por el profesionista que pretende incidir en ellos, como por el mismo individuo.

Así, como Lerer (1986) propone, la mujer y añadiríamos el hombre también, deberán crecer, informarse y conocerse a través del conocimiento de sí y de los demás, para que al descubrir como se sienten otros individuos y ellos mismos, les sea posible analizar sus propios sentimientos, sensaciones y emociones. Este autodescubrimiento, esta búsqueda de la verdadera identidad sólo se dará en la medida que el individuo se arriesgue a preguntar, transmitir, escuchar, cuestionar (Lerer, 1986)

6.1.3 CARACTER INTERACTIVO DEL DIAGNOSTICO

La elaboración diagnóstica no sólo será útil en cuanto a que permitirá identificar los diferentes estilos de vida relativos al proceso de reproducción humana, sino también tendrá un carácter interactivo y permanente, en la medida que el cuestionamiento del individuo por sí mismo, puede proporcionar una visión diferente al respecto, lo que podrá contribuir a una ubicación real del evento como proceso biopsicosocial, con una connotación histórico-social. Así, esta elaboración tendrá un carácter de intervención que quizá choque con los cánones - estrictos de científicidad, pero que podrá ser útil.

Esta línea de trabajo podría ser considerada un tanto utópica, sin embargo, estudios realizados en México en 1986 (Espinoza, 1987) con una población de mujeres habitantes de Ciudad Netzahualcoyotl, mostraron que aquellas mujeres que eran enfrentadas a hablar de sus más profundas necesidades y sentimientos, generalmente lograban mejorar su autoconocimiento, siendo por cierto enfatizado, por interés generado en los propios grupos, el tema de la sexualidad

En este proceso, coordinado por Espinoza, en primera instancia se presentó un enfrentamiento de las mujeres con su propia realidad al cues

tionarles al respecto de situaciones cotidianas, con ello, se logró - que experimentaran otros cambios tales como: percibir que los problemas que identificaban no sólo se presentaban en ellas como individuos sino también dentro de su colectividad; apreciar que el tiempo y espacio dedicados a este proceso eran algo de su propiedad; tener la oportunidad de discutir cuestiones tradicionalmente consideradas inamovibles; identificar ciertos aspectos oscuros de su sexualidad, sus cuerpos, sus ideas, la relación con sus parejas, sus hijos, etc.

Evidentemente en este estudio, además del deseo y emoción de hablar acerca de su propia historia, las mujeres mostraron también ciertos miedos a decir, resistencias a hablar de "cosas prohibidas", no sólo para el resto de la sociedad, sino incluso para ellas mismas. Estas resistencias en ocasiones fueron resueltas y en otras repetidas, dependiendo del tema y del momento en que se presentaban.

No obstante, Espinoza (op cit) establece que si bien no puede decirse que los temores y miedos hayan desaparecido, ni que todas las mujeres hayan cuestionado y superado los problemas de su sexualidad, si pudieron detectarse cambios dentro de la familia, en la educación de los hijos, en la relación con el esposo y la actitud hacia el trabajo de casa.

Para el manejo del proceso, en el mencionado estudio, la dinámica se encauzó por un lado, a proporcionar información básica al respecto de los temas abordados, pero el material de análisis más importante, se desprendió de las propias mujeres y sus vivencias.

6.2 GRUPOS OPERATIVOS: UNA OPCION DE INTERVENCION

No obstante lo expuesto previamente, el trabajo no podrá simplemente ser reducido a "cuestionar" pues ello podría llevar únicamente a una diferente manifestación verbal en cuanto al tema abordado; así, por ejemplo, quizá la mujer sólo conceptualizaría algunas situaciones de manera diversa, pero en esencia su comportamiento o actitudes podrían seguir siendo las mismas, lo que llevaría a simples cambios apariencia-

les que si bien son útiles como primer paso, no definirían un real avance.

Por ello, es importante visualizar la necesidad de generar una consonancia entre pensamiento, acción y actitud, siendo relevante buscar aquellos mecanismos que favorezcan su real integración. Para ello, el manejo de grupos operativos, analizado en el capítulo previo, resulta ser una interesante opción de trabajo a desarrollar.

A este respecto, cabe reiterar, el Instituto Nacional de Perinatología ha empezado a desarrollar esta técnica con grupos de mujeres en la etapa postgestacional, es decir en aquellas que acaban de dar a luz, centrándose el trabajo en la elaboración del nacimiento y el cuidado del hijo.

Dado el sesgo preventivo que se ha trazado para el presente trabajo, la elaboración de propuestas con grupo operativo, será dirigida aquí a la etapa pregestacional, considerando que es la que abre mayores posibilidades en el campo de interés pues incluye a la población que puede enfrentarse en lo futuro al proceso, independientemente de si lo ha vivido o no previamente. Esta perspectiva, cabe indicar, no implica descartar las posibilidades de incidencia preventiva en las etapas gestacional y postgestacional, sino sólo demarcar límites para este estudio.

A partir de la propuesta pichoniana, un importante elemento de trabajo será la generación de tareas de interés común dentro de los grupos en que se maneje, punto que será abordado en el subíndice 6.4.

Las funciones básicas del grupo operativo en que se sustentará este trabajo son la terapéutica y la de aprendizaje, considerando que para visualizar al proceso de reproducción humana de una manera "sana", bajo la propuesta de Pichón Riviere, es necesario aprehenderlo en una perspectiva integradora con sucesivas tentativas de totalización y con

la capacidad de transformarlo, modificándose a la vez a sí mismo.

La aprehensión del proceso dará lugar a que los individuos lo conozcan en su carácter biopsicosocial y a la vez permitirá que se identifiquen como entes históricos, capaces de relacionarse dialécticamente con el proceso y de sustituir los estereotipos tradicionales y rígidos.

Para el manejo de los grupos en que se trabaje, será fundamental que el psicólogo conozca, identifique y maneje adecuadamente todas las situaciones implícitas en una situación de grupo operativo.

Así, será de relevancia analizar la perspectiva de los participantes - al respecto del proceso de reproducción humana en función del grupo o grupos de los que forme parte pues con ello se facilitará la elaboración de un diagnóstico, pronóstico y una profilaxis en pro del desarrollo "saludable" del proceso.

Dentro de la dinámica en que se verán involucrados los grupos al analizar y conocer el proceso de reproducción humana será también importante la elaboración de las ansiedades generadas con ello pues, evidentemente el individuo con ciertas creencias, sentimientos y que ha vivido o percibido de determinada forma el proceso, se verá envuelto en miedo a la pérdida de sus estructuras y sentirá miedo a ser atacado por la nueva perspectiva que pueda presentarsele, así como resistencia a estos cambios; situación que deberá ser superada mediante el análisis de los factores que dan lugar a ella.

Deberá lograrse, asimismo, una real planificación dentro de los grupos, sustentada en la definición y aprehensión del proceso, de sus correlatos y del papel a asumir dentro de él.

6.3 POBLACION

Esta investigación podrá realizarse a través de grupos ya establecidos dentro de la población y que de alguna manera tienen ciertos rasgos en

común, para que en el marco de sus similitudes y con sus particulares diferencias, puedan juntos generar un conocimiento y comprensión del proceso.

Así, considerando la definición de Pichón Riviere (op cit) de grupo - como "... conjunto restringido de personas que ligadas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, se propone, en forma explícita o implícita, una tarea que constituye su finalidad ...", en este estudio se trabajará en función de finalidades compartidas, por los integrantes de los diferentes grupos.

En este sentido, algunos grupos por ejemplo, de mujeres adolescentes o de amas de casa, quizá expliciten como finalidad de su trabajo colectivo el análisis del proceso, tendiendo básicamente a cuestiones biológicas; sin embargo, en otros casos, esta finalidad podrá ser - subyacente a un objeto de reunión específico como la educación abierta, educación para la atención a hijos, grupos de capacitación empresarial, etc, a través de los cuales podría darse pauta a la investigación de interés.

Los diferentes grupos serán analizados en su propio contexto, en el que viven y se desarrollan, categorizando la diferente perspectiva y vivencia que asumen y relacionandolas con su sexo, edad, estado civil, etc. Así, este análisis intentará trascender el típico matiz estadístico bajo el que tradicionalmente son manejados estos parámetros, integrando los elementos con que se cuente, de tal manera que se vinculen los parámetros indicados con los estilos de vida peculiares.

Si bien en un estudio como el presente es difícil puntualizar los grupos sobre los que se trabajará, a continuación se explicitarán algunos de ellos, indicando los contenidos de análisis que podrían ser incluidos; posteriormente, en el siguiente subíndice, serán establecidos los lineamientos y fundamentos de estos contenidos.

Cabe enfatizar que estas especificaciones son susceptibles de modificación dependiendo de las condiciones reales en que se maneje.

6.3.1 ADOLESCENTES SIN RELACION ESTABLE DE PAREJA

Se incluirán por separado, aquellos hombres y mujeres jóvenes que no cohabiten con pareja, que no tengan la intención inmediata de unirse y que nunca hayan vivido el proceso. El análisis de estos grupos girará en torno a los pensamientos y sensaciones que despierte el proceso y sus correlatos en el individuo, enfatizándose aquellos temas con los que tienen mayor relación por su edad y condición: anticoncepción, prevención, relaciones sexuales, educación, rol masculino y femenino y, será revisada su visualización en cuanto al mismo parto, embarazo y puerperio; asimismo, les será proporcionada información básica al respecto de los temas en análisis.

6.3.2 ADULTOS EN EDAD MADURA SIN RELACION ESTABLE

Estos grupos incluirán, por separado, a mujeres y hombres mayores de 35 años que no cohabiten con pareja, que no tengan la intención inmediata de unirse y que no hayan experimentado el proceso. En estos grupos el análisis se encauzará también a los pensamientos y percepciones que los individuos tienen acerca del proceso y, aún cuando se revisarán los temas citados con los anteriores grupos, se enfatizarán cuestiones tales como: la necesidad del embarazo y/o el matrimonio para ser padres; la condición femenina y masculina sin hijos, la calidad humana independiente de la maternidad y paternidad, etc.

6.3.3 MUJERES Y HOMBRES EN RELACION ESTABLE DE PAREJA

Se incluirán grupos de mujeres y hombres que cohabiten con su pareja, independientemente de su estado civil. Debido a que las manifestaciones verbales son susceptibles de modificación, dependiendo de las condiciones en que se generen, se incluirán tanto grupos de mujeres por separado, como grupos de parejas.

Entre los temas que se considera de relevancia incluir en estos grupos,

se encuentran: prevención, anticoncepción, roles masculino y femenino, embarazo, parto y puerperio. En estos grupos podrá también diferenciarse entre aquellos individuos que han vivido el proceso y aquellos que nunca lo han experimentado. Evidentemente en los primeros se enfatizará el análisis de vivencias y percepciones, mientras que en los segundos, se trabajará primordialmente sobre los sentimientos y pensamientos relativos a los diferentes temas.

Cabe resaltar nuevamente que estos planteamientos de grupos de trabajo, deben ser visualizados como sugerencia pues, definitivamente las condiciones reales poblacionales y de recursos, trazarán una específica definición de los grupos y temas a manejar..

En el siguiente subíndice serán detalladas algunas de las especificaciones en cuanto a los temas o contenidos de análisis.

6.4 CONTENIDOS DE ANALISIS

Como se mencionaba previamente, el énfasis en uno u otro contenido de análisis y el manejo que se le de, estarán supeditados a las características peculiares del grupo en que se trabaje; por ello, a continuación serán sólo indicados algunos puntos de vista generales al respecto de tales contenidos.

6.4.1 CONCEPTUALIZACION DEL PROCESO

En términos generales, puede decirse que es importante analizar la percepción que se tiene acerca del proceso, de sus diferentes niveles, desde el momento mismo de la concepción, el embarazo, parto, etc, la importancia que le es atribuida; la finalidad de su presencia; el papel que el hombre y la mujer asumen actualmente en él. Así, por ejemplo, será relevante analizar las diferentes formas en que la mujer asume el cambio de no ser madre a ser madre, pues será diferente la apreciación de una mujer de edad madura que en la maternidad puede ver su realización y el reemplazo de metas no alcanzadas, a la visualización de una adolescente que apenas empieza a identificarse como tal y que -

en un hijo verá un cúmulo de responsabilidades que afrontar.

Será importante visualizar también el papel que la familia, la sociedad, el nivel cultural, la edad y otros factores juegan en la definición del proceso. Ello es especialmente relevante si se toman en consideración las diferentes formas en que la maternidad es asumida, desde darle valor como evento que permite a la mujer ser tal, hasta identificarla como causal de deshonor y producto de inmoralidad, en aquellos casos en que se presenta fuera del vínculo matrimonial.

Evidentemente los diferentes puntos abordados abrirán un cúmulo de posibilidades y trascenderán el plano expresamente reproductivo pues ubicarán al individuo en diferentes dimensiones. Por ello, este análisis coadyuvará también a identificar y reconocer las potencialidades femeninas como ser humano, permitiendo identificar a la mujer como un ser con capacidades, derechos, responsabilidades, diversas a las exclusivamente procreativas.

6.4.2 REPRODUCCION HUMANA Y RELACIONES SEXUALES

El análisis de la real connotación de las relaciones sexuales y el carácter que le es atribuido es también un elemento de relevancia. En este sentido, cabría conceptualizar estas relaciones como situaciones que implican procreación pero también placer, de allí que la mujer pueda percatarse de poseer capacidad no sólo de gestar sino también de ejercer su sexualidad independientemente de la reproducción, así como de reconocer la posibilidad que tiene de elegir su propia vida y destino.

Esta identificación de la mujer como tal, le permitirá también asumir su rol como integrante de una pareja en la que podrá desarrollarse, permitiendo a la vez que el hombre no sólo se asuma como fertilizador, sino como ente de desarrollo con su pareja en el proceso de reproducción humana y en general, en todos los campos de su vida.

6.4.3 ROL MASCULINO

A este respecto, además de explorar la propia conceptualización y vivencias del hombre en cuanto al proceso, al rol ejercido en él, su importancia, la forma en que se maneja y define el uso de anticonceptivos, la forma en que se ha experimentado y conceptualizado el embarazo y el nacimiento de un hijo, será también de relevancia analizar el papel que la mujer en particular y en general, la sociedad, otorgan al hombre dentro de la reproducción humana.

Así, cabría analizar las consideraciones femeninas al respecto de la incidencia del hombre en este proceso pues, en ocasiones se le ubica sólo como el fertilizador del óvulo femenino, como un ente ajeno a la reproducción, como un ser fuerte que no siente, que no se emociona y que no puede aquilatar a su hijo de la misma manera que la mujer.

Esta frecuente posición femenina, mantenida y apoyada por nuestra sociedad, facilita que el hombre se sienta ajeno al proceso, que no lo viva ni lo asuma, ni se responsabilice de él.

Y si bien es cierto que fisiológicamente la mujer tiene la "batuta" en el proceso, al tener la posibilidad de elegir el ser madre o no, independientemente de la opinión masculina, capacidad que frecuentemente es más bien sufrida que aprovechada, no por ello puede negársele al hombre la capacidad que tiene de asumirse integralmente como procreador de hijos.

Así, quizá en la medida que el hombre se involucre más en el proceso y asuma su real importancia, podría favorecerse su interacción con su hijo y su pareja no sólo durante la gestación sino incluso posteriormente, de tal manera que podría adoptar una actitud paterna activa y constante.

Otro importante elemento de análisis será no sólo explorar el concepto del hombre al respecto de los anticonceptivos, sino también la forma -

en que ha vivido la anticoncepción, la forma en que la asume y la relación que establece en cuanto a su virilidad y desarrollo.

Por otra parte, para el análisis del proceso desde el ángulo masculino, cabe partir de considerar, al igual que en el análisis femenino, que - si bien puede formar parte de su desarrollo y contribuir a su formación como individuo, de ninguna manera es un elemento indispensable para su "realización" ni es la forma expresa de evidenciar su virilidad, pues como individuo, posee muchos más mecanismos y potencialidades a - desarrollar que contribuirán también a su evolución como ser humano.

6.4.4 PREVENCIÓN Y ANTICONCEPTIVOS

Como se ha manifestado a lo largo del presente estudio, la prevención ha sido relacionada en el plano de la reproducción humana, exclusivamente con el uso de anticonceptivos. De allí que resulte importante analizar las diferentes conductas, sentimientos y actitudes relacionados con ellos. A este respecto, puede observarse que comúnmente se ha considerado que la mujer que usa anticonceptivos es la que previene y de hecho, actualmente se ha manejado una intensa campaña que invita, a través de los medios de comunicación masiva, a que las mujeres los empleen.

Estas actitudes y comportamientos revisten a los anticonceptivos de una connotación de "evitadores" de una maternidad no deseada. Tal conceptualización puede asumir diferentes roles: bien como el evitar compromisos, gastos, responsabilidades, esfuerzos, para aquellas mujeres con o sin hijos que se encuentran inmersas en un vínculo de pareja estable con la que cohabitan, lo que justifica la posibilidad de embarzarse, pero que dadas las condiciones socioeconómicas, psicológicas, prefieren no hacerlo.

Por otra parte, para aquellas mujeres que tienen una vida sexual activa, pero que no se encuentran inmersas en un vínculo estable de cohabitación con su pareja, el uso de anticonceptivos se ve relacionado a-

demás de los factores ya señalados, con el evitar que la sociedad conozca sus comportamientos privados, evitar el rechazo y críticas de su grupo familiar y social por asumir conductas que "una mujer soltera decente no debe presentar".

Bajo estas perspectivas que parten de asociar la conducta sexual únicamente con el ejercicio reproductivo, los anticonceptivos adquieren un carácter de medicamentos útiles para evitar problemas, sin vislumbrar que también pueden ser evaluados como elementos que posibilitan la expresión de la sexualidad y el amor.

Esta visión sesgada de los anticonceptivos puede producir en la mujer una negación a su uso, al relacionarlo con el libertinaje, con la promiscuidad sexual, en el caso de las solteras; por otra parte, en el caso de mujeres que cohabitan con su pareja, puede presentarse esta negación bien porque consideran que atenta de alguna manera con su función básica en la vida, bien por la presión de su compañero que en la maternidad de la mujer encuentra la forma de manifestar su virilidad, bien porque la propia mujer vislumbra en la maternidad la única vía de poseer una familia, de "ser una mujer completa" o simplemente por el desconocimiento del empleo de anticonceptivos.

Al respecto de los anticonceptivos usados por hombres, puede apreciarse una frecuente negación masculina a su uso, por estar asociados con la pérdida de virilidad y eficacia sexual.

Como puede detectarse, existen estas y muchas otras razones más que explican el porque no son empleados los anticonceptivos, a pesar de las continuas campañas de los medios de comunicación masiva que, como mecanismos de educación invitan a su uso. Por ello, resulta importante explorar estas razones a fin de no reducir la causalidad del fenómeno a la simple ignorancia o testarudez de la mujer

6.4.5 PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN

Siguiendo la línea de lo expresado previamente, resulta también importante analizar la funcionalidad del concepto de educación manejado actualmente en nuestro país, así como su carácter real. En este sentido, cabría considerar que un proceso de educación no puede ubicarse simplemente como la repetición de mensajes unidireccionales que promuevan el empleo de anticonceptivos, tales como "la familia pequeña vive mejor", "ya somos muchos, hay que ser menos ..." o su distribución gratuita, - pues estas "opciones educativas" se restringen únicamente a buscar el control de las relaciones entre natalidad y mortalidad a través de enfatizar una presunta moral sexual.

De allí que además de lograr una real identificación del carácter de los anticonceptivos, es necesario también permitir un real enfrentamiento de la mujer consigo misma y sus necesidades, particularmente en el campo de la reproducción; con ello podría alcanzarse un real conocimiento de la mujer por sí misma, vislumbrando no sólo la posibilidad de usar anticonceptivos, sino también la alternativa de encontrar otros valores, otras condiciones que explorar en ella como ser humano, diferentes al de ser madre

Así, el análisis efectuado en su propio contexto, de grupos de estudiantes, amas de casa, mujeres y hombres profesionistas, técnicos, desempleados, de diversas edades, con pareja, sin pareja, etc, posibilitaría identificar las diferentes percepciones, sentimientos, sensaciones, comportamientos, emociones, que giran en torno a este proceso, así como ubicarlo en su justa proporción dentro de las diversas etapas de desarrollo individual y dentro de los diferentes tipos de personalidad presentes en un momento como el actual en México.

En esta línea, cabe puntualizar que dada la connotación especial que fisiológica y tradicionalmente se le ha asignado a la mujer dentro de este proceso y considerando que esta propuesta está planteada por una mujer también, se ha enfatizado la visión femenina a este respecto, no

como una forma de regresar al planteamiento de considerar a la mujer - como responsable de la maternidad, sino como una forma de experimentar lo propuesto por Lerer (op cit), en cuanto a que el conocimiento de la mujer por ella misma, podría permitirle no sólo encontrarse a sí misma como ente femenino, sino también, identificarse y ubicarse en su papel de compañera del hombre, de tal forma que podría posteriormente, contribuir también a la identificación de su pareja, el hombre, en el proceso de reproducción humana.

Al respecto de lo expuesto, cabe indicar que no se pretende hacer una apología de los anticonceptivos, ni determinarlos como panacea para la realización humana. Así, no se pretende buscar la venta y uso de los anticonceptivos sin sanción moral, ni se pretende asumir que todas las mujeres de cualquier edad deban emplearlos, ni que los padres se los proporcionen a sus hijos, sino sólo desmitificar su caracterización actual y evaluarlos en su justa dimensión, ubicándolos como medios que facilitan organizar la vida de una pareja; organización que debe responder a sus propios intereses, necesidades, sentimientos, etc, de tal manera que en su búsqueda por desarrollarse, por generar relaciones sanas, pueda emplearlos como medio para alcanzar sus objetivos y no como una meta creada por presiones externas.

6.4.6 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Si bien este trabajo está centrado en la etapa pregestacional, resulta relevante abordar estos temas pues permitirán reconocer el pensamiento y sensaciones que al respecto manifiestan las mujeres que nunca lo han experimentado, así como identificar las vivencias de aquellas mujeres que los han vivido ya. Con esta elaboración, podrá contribuirse a lograr una objetiva visualización de ellos y por tanto, podrán ser asumidos y manejados dentro de lo que podría llamarse un estilo de vida sano.

Dentro de este rubro será pertinente incluir por ejemplo, el análisis de la forma en que se visualiza el embarazo, los cambios que le impli-

ca a la mujer y a su pareja, la forma en que se vive el parto, los sentimientos relacionados con la separación del hijo al nacer y convertirse en un ente diferente al feto que ocupaba el vientre, etc.

6.4.7 EL EMBARAZO: ¿ PREREQUISITO PARA SER MADRE ?

Considerando la dificultad fisiológica que algunas mujeres presentan para engendrar hijos, resulta pertinente abordar la posibilidad de la adopción como alternativa para que la mujer llegue a ser madre.

En esta línea, sería particularmente relevante caracterizar aquellas adolescentes que ven la posibilidad de ser madres como un objetivo a mediano plazo; a mujeres que no pueden procrear hijos y que deseando tenerlos no han asumido ninguna actitud para resolverlo; a mujeres que han adoptado hijos, a fin de identificar sus vivencias y sentimientos previos y posteriores a la adopción.

6.4.8 LA MUJER COMO SER HUMANO

Como se señalaba previamente, un importante nivel de trabajo será el generar que la mujer reconozca la diversidad de posibilidades que tiene "para realizarse, para ser feliz", independientemente del ser madre.

Ello cobra especial relevancia en el caso de aquellas mujeres que por alguna disfunción física, por falta de una pareja estable, por tener otros intereses o por diversas razones más, se ven precisadas a no tener hijos. En este caso, es esencial que la mujer que no tiene hijos se asuma y sea asumida por los demás realmente como una mujer íntegra.

Quizá este planteamiento choca con el tradicional punto de vista de nuestra sociedad que establece que el ser madre es un instinto que la mujer tiene y que debe satisfacer so pena de ser infeliz, de sentirse y ser vista como un ser incompleto; sin embargo, si analizamos la historia a través del tiempo, como en el trabajo realizado por Reed (1985), podrá ubicarse el mencionado instinto como un evento con una connota-

ción histórico-social que, por tanto, es susceptible de modificación y renovación.

A este respecto, de hecho puede ser detectado que actualmente muchas mujeres muestran cierta insatisfacción en la maternidad, insatisfacción que no aceptan reconocer por temor al rechazo y crítica social.

Como puede detectarse, existen estas y muchas otras situaciones vinculadas con el proceso de reproducción humana que requieren ser identificadas y analizadas.

6.5 CARACTER INTERDISCIPLINARIO DE LA INTERVENCION

Los lineamientos marcados a lo largo de este capítulo han estado encauzados básicamente al plano psicológico del proceso reproductivo; sin embargo, este análisis tendrá que ubicarse dentro de un trabajo interdisciplinario en que, con la intervención de otros profesionistas, se buscará una elaboración integral del individuo y el proceso.

Por ello, el psicólogo involucrado en esta formulación no sólo dará como presentes las condiciones biológicas y sociales del individuo, sino que buscará su integración tanto para la comprensión de los diferentes estilos de vida, como para la búsqueda de alternativas por convertirlos en reales canales de una expresión saludable del ser humano.

Así, por ejemplo, la función del médico será fundamental en tanto que en los grupos en que se incida podrá dar un panorama de las condiciones físico-anatómicas que incluye el proceso en estudio, así como de la atención médico-asistencial que es proporcionada ante su presencia.

El reconocimiento del carácter histórico-social del evento permitirá visualizar las condiciones precisas en que se desarrollan los individuos y el proceso en estudio.

6.6 FORMACION DE PROFESIONISTAS

En este trabajo, a partir de establecer que es necesario buscar alternativas para lograr que la reproducción humana se transforme en un proceso sano, se ha enfatizado el plano de análisis e incidencia en la población en que se pretende generar un cambio en la visualización y vivencia relativas a tal proceso; sin embargo, un elemento fundamental - que no se puede soslayar, es el relativo a la necesidad de trazar líneas de acción referidas a la formación de los sujetos que pretendan incidir en este objetivo, es decir, en los profesionistas que pretendan abordar el proceso.

Las acciones, en este sentido, deberán por un lado, identificar la propia conceptualización que al respecto del tema de interés tenga el profesionista y por otra parte, generar las formas de incidencia particulares bajo las que se trabajará.

En la definición de la labor del profesionista, será oportuno por tanto, partir de una aproximación interdisciplinaria que busque una visualización integral del evento; con ello, la función del psicólogo será evaluada ligándola con la de otros profesionistas que estudien también al individuo, de tal forma que permitan obtener una caracterización real de él, no como una simple suma de diferentes apreciaciones, sino como una integración de los diferentes enfoques bajo los que se analice. Así, deberá constituirse un "equipo de trabajo de personas deseosas de traer a la comunidad que las rodea, cierto número de modificaciones de actitudes, a partir del estudio detallado de la situación y por medio de un programa de acción racionalmente concebido.." (Pichón Riviere, - op cit).

Por otra parte, es importante reconocer que cualquier profesionista - que se involucre en este trabajo, deberá reconocer el carácter activo que asumirá.

En este sentido, el psicólogo bajo el marco de trabajo operativo, pro-

puesto por Pichón Riviere, podrá asumir el rol del coordinador, lo que implica la capacidad de "... crear, mantener y fomentar la comunicación, llegando ésta, a través de un desarrollo progresivo, a tomar - la forma de una espiral, en la que coinciden didáctica, aprendizaje, - comunicación y operatividad ..." (Pichón Riviere, op cit).

Ello cobra especial relevancia para el estudio de la reproducción humana, considerando que es un tema que da lugar a debates y discordancias y que no puede analizarse desde una perspectiva desideologizada.

Tal situación ha sido puesta de manifiesto a lo largo de este trabajo, pues aún cuando la investigación desarrollada se ha manejado bajo una perspectiva científica, de hecho todo el discurso elaborado se encuentra entretelado con conceptualizaciones personales.

COMENTARIOS FINALES

La formulación de conclusiones acerca del presente trabajo, resulta - ser una tarea bastante difícil, en tanto por un lado, debe reconocerse que el estudio aquí efectuado de ninguna manera está completo ya que a demás de otros análisis quizá omitidos, carece de un elemento fundamental: llevar a la práctica las propuestas vertidas pues, como Yopo - - (1985) señala, para percibir y conocer una realidad es necesario ac---tuar en ella, comprobando los conocimientos en las acciones. Por ello, considero, sólo con la elaboración y desarrollo de lo planteado será - factible identificar plenamente los elementos positivos que posee, así como las limitaciones y fallas de que adolece.

Por otra parte, es también importante reconocer que el tema en cues---tión implica serias controversias generadas por los diferentes conoci- mientos que se posea, por las diferentes experiencias y por los senti- mientos y pensamientos presentes en el individuo que pretende aprehen- derlo.

Debido a ello, a continuación sólo serán anotadas algunas apreciaciones particulares de elementos que se consideran relevantes de lo aquí vertido:

- El planteamiento metodológico tiene un carácter multifactorial y no es manejado bajo un marco teórico específico, debido a que, como ha - quedado evidenciado, particularmente en el capítulo I, la aproxima---ción unidisciplinaria ha revelado severas ineficacias para la compre- hensión del proceso. Por tanto, la propuesta trazada se encuentra sus- tentada en la revisión de elementos con los que se intenta visualizar al proceso de reproducción humana de una manera integradora; se inclu- ye el análisis psicológico, social, biológico del proceso en una bús- queda por imprimir a la reproducción humana una conceptualización difeu

rente que no se reduzca a la acumulación de factores de orden hormonal, familiar, de pareja, de personalidad, sociales, etc. Por el contrario, se ha intentado visualizar al individuo como un ente dinámico, integral, que al interrelacionarse con el proceso le da el carácter de modificable y, por ende, de histórico.

- Para la realización de los análisis propuestos se ha evidenciado también, la necesidad de formar profesionistas que a través de su propia disciplina, generen una incidencia de carácter integrador, multidisciplinario, para que en el trabajo por equipo lleguen a la formación de una visión coherente y sistemática de la realidad. Con ello, considero, se contribuirá a visualizar al proceso como un todo susceptible de exploración e incidencia no sólo por disciplinas médicoepidemiológicas, sino también por otras, como la Salud Pública, la Sociología y por supuesto, la Psicología.

- Para el manejo de la prevención, como eje de trabajo, se han planteado alternativas para trascender el clásico matiz que se le ha otorgado al término al ser vinculado con el proceso de reproducción humana: uso de anticonceptivos. En esta línea, se ha sugerido que para hablar de prevención en el proceso de reproducción humana, deben buscarse aquellos mecanismos que faciliten dar una valoración diferente al ser madre, a la relación de pareja implícita en el proceso, al propio niño por nacer y por tanto, a la misma reproducción humana.

Esta valoración deberá estar regida por una aprehensión de la realidad alcanzada por el conocimiento del individuo de sí mismo y de su interrelación con el proceso, así como de su relación con los otros individuos involucrados en él: pareja, hijo, sociedad, familia, etc.

- Al respecto del grupo operativo como propuesta de incidencia, cabe considerar que si bien puede parecer utópico pretender cambiar a partir de una "simple incidencia psicológica" toda una formación, integrada por ideologías y comportamientos vinculados a un aparato político -

institucional. de hecho, podemos tomar en cuenta dos importantes aspectos:

Por un lado, debe reconocerse que la relación entre estos no es unidireccional sino interactiva, dialéctica, por lo que será factible "...a partir de las propias estructuras sociales, liberar las capacidades humanas ..." (Sánchez Quintanar, 1983) y gestar cambios en pro del desarrollo del individuo.

Por otra parte, es importante visualizar el alcance que puede y que ha demostrado tener la técnica operativa que parte de buscar la aprehensión de la realidad por medio del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos, en un interjuego dialéctico entre el individuo y su ambiente.

En otro orden de ideas, cabe puntualizar que una personal premisa sobre la que se gestó este trabajo, estableció que no debía vincularse a una corriente feminista cerrada que implicase una visión de la mujer - contra el hombre; por ello, como un propósito subyacente, se ha intentado buscar una real interacción y desarrollo de pareja que evite el propiciar o apoyar la lucha entre sexos, así como redescubrir la esencia de la vida amorosa y sexual por ella misma y no por sus consecuencias.

Para tal efecto, considero, resulta de gran importancia desmitificar - el proceso, valorar en su justa dimensión la llegada de un hijo, como algo bello y trascendente que contribuirá a nuestro crecimiento, sin que ello implique supeditar la relación sexual, la relación amorosa entre hombre y mujer a culminar necesariamente en su arribo, sin considerar que la "realización" de una pareja depende de ello.

En la búsqueda de esta valoración, por consiguiente, será necesario que tanto la mujer como el hombre asuman su carácter como seres humanos, como individuos, como entes sociales, como trabajadores, como pa-

reja, de tal manera que no necesariamente visualicen su realización o su frustración en la llegada de un hijo.

Así, considero, en el momento que la mujer y el hombre reconozcan plenamente la capacidad que tienen para decidir la procreación de hijos, dejando de sufrir esta capacidad para convertirla en un derecho y una satisfacción; en el momento que puedan asumir libremente el ser padres y eviten que la presencia o ausencia del proceso de reproducción humana se conviertan en sinónimo de lucha o contradicciones, podrán tener un elemento a su favor para su realización como individuos y entes sociales.

Es importante señalar también que aún cuando el presente trabajo ha pretendido inscribirse en una búsqueda de conocimiento científico, de hecho, el discurso en que se ha manejado se encuentra entretejido con conceptos personales; tal situación, considero, sólo evidencia que ninguna ciencia puede estudiarse desde afuera; no es posible desarrollar un análisis asumiendo una posición ajena y, mucho menos en el caso de la Psicología como estudio del comportamiento humano, puede ser adjudicado un carácter desideologizado, pues como Yopo (op cit) señala, el marco teórico, la ideología y la práctica social determinan y condicionan los métodos que se construyen para aproximarse al objeto e incluso, para seleccionar al propio objeto.

Así, por ejemplo, este estudio probablemente hubiese adquirido un sesgo diferente si hubiese sido realizado por un hombre, debido a la diferente perspectiva de análisis que su estilo de vida, su condición masculina actual, su formación profesional, etc, habrían propiciado.

Finalmente, cabe considerar que el propio carácter controversial del objeto de estudio y de los planteamientos al respecto establecidos pueden y ojala así sea, generar la apertura a diferentes temáticas, elementos y relaciones a explorar tanto al respecto del propio proceso de reproducción humana, como de otros factores que integran la vida y de-

sarrollo del individuo.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez Manilla Jose Luis "Atención Primaria a la Salud": Salud Pública. México, 1988. Vol 30 pag 676-682
- Beauvior Simone de (1949) "El segundo sexo" Tomo II. Ediciones Siglo Veinte. Buenos Aires, 1986.
- Bellack C. "Psicología de las enfermedades orgánicas". Buenos Aires, 1965. Cit por Valderrama B.G. "Perfil psicológico de pacientes del INPER con embarazo de curso normal". Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México, 1988.
- Bobadilla Fernández José Luis "Quality of perinatal medical care in Mexico city". Secretaria de Salud. México, 1985. 255 pp.
- Bobadilla J.L., Cerón S. y Suárez P. "Evaluación de la calidad de los datos sobre la mortalidad perinatal. Registros Vitales en México". Salud Pública. México, 1988. Vol 3 pag 101-113.
- Breen Dana "The mother and the hospital". en Lipshitz S. (Ed) "Tearing the veil". Routledge & Kegan Paul LTD. Scotland, 1980.
- Cabrera Acevedo Gustavo, cit por Rivera Carlos "Al doble la tasa de natalidad en las clases urbanas pobres y en el campo". El Financiero. México, 24 noviembre 1989 pag 3.
- Campbell Arthur A. "Manual para el análisis de la fecundidad" Organización Panamericana para la salud. 1986 106 pp.
- Campillo R.M. y Hernández L.L. "Psicología preventiva: Un modelo de enseñanza en la formación de profesionales de la Psicología". Enseñanza e Investigación en Psicología. México, 1979. Vol 5 pag. 584-598
- Campos J., Cervantes A., Correu S. y Velasco V. "Integración del médico privado a los programas de planificación familiar". Ginecología y Obstetricia. México, 1978. cit por Pick de Weiss S. "Actitudes y conductas de planificación familiar en México: Una década de investigación psicosocial (1975-1985). Revista Mexicana de Psicología. 1986. Vol 3 No. 2 pag 155-160.

- Caplan G. "Support systems and community mental health". New York Behavioral Publications. 1974. cit por Langer et al "El apoyo psicosocial durante el período perinatal. Revisión conceptual y bibliográfica". Salud Pública. México, 1988. Vol 30 pag 81-87.
- Cervantes Carson A. "Uso de métodos anticonceptivos" En Secretaria de Salud (Ed) "Encuesta nacional sobre fecundidad y salud". Memoria de la reunión celebrada en febrero 1988. México, 1988. 229 pp.
- Colman A. y Colman L. "Pregnancy: The psychological experience". - Bantam Books. New York, 1971.
- Davids A. y Devoult S. "Maternal anxiety during pregnancy and childbirth abnormalities". Psychosomic Medical. 1982 Vol 24. Cit por Méndez Navarro G. "Aspectos psicológicos de la mujer embarazada". Monografía INPER. México, 1986. 38 pp.
- Deutsch H. "La psicología de la mujer". Ediciones Losada. Buenos Aires, 1974. Cit por Langer M. "Maternidad y sexo". Ed Paidós. Segunda reimpresión. México, 1988. 255 pp.
- Domínguez Chilaberí Victor José "Psicoprofilaxis obstétrica". Monografía. INPER. México, 1986. 23 pp.
- Espinoza D. Gisela "Feminism and social struggle in México" en Miranda Davies (Ed) "Thirdworld: Second sex" Vol 2. Zed Books LTD.- New Jersey USA, 1987 pag 31-49.
- Fabricant S., Linn D. y Linn M. "Sanando las relaciones con bebés nacidos muertos y abortados". Librería Parroquial de Clavería. México, 1986. 35 pp.
- Fernández M.G. y Arcelus M. "Aspectos psicológicos durante el embarazo, parto y puerperio". En Atkin et al (Eds) "La psicología en el ámbito perinatal". INPER. México, 1988. pag 106-133.
- Fernández S.J., Izco G.N. y Palacios M.N. "La influencia externa sobre las políticas de planificación familiar en los países dependientes: Algunos comentarios sobre el caso de México". Salud Problema No. 13. UAM Xochimilco. México, 1987. pag 27-38.
- Fineberg Harvey "Estrategias a futuro para la prevención de enfermedades". Salud Pública. México, 1989. Vol 31 pag 124-126.

- Folch-Lyon E., de la Macorra L. y Schearer S.B. "Focus group and - survey research on family planning in México". Studies in family - planning. Vol 12 No. 12 pag 409-431. Cit por Pick de Weiss op cit.
- Foucault M. (1976) "Las redes del poder". La Guillotina. México, --- 1988. pag 18-24.
- Freud S. Obras Completas. Ed Biblioteca Nueva. Madrid, 1948. Cit - por Lerer M.L. "Sexualidad femenina: mitos, realidades y el senti- do de ser mujer". Ed Sudamericana Planeta. Décima edición. Buenos Aires, 1987.
- Gonzalez Uzcategui R. "Factores psicosociales y atención primaria de salud a la madre y el niño" en OPS (Ed) "Salud Materno-infantil y atención primaria en las Americas". 1984 pag 83-94.
- Gottlieb B.H. "Preventive interventions involving social networks and social support". Beverly Hills, Co Sage Publications 1981. --- pag 201-232. Cit por Langer et al, op cit.
- Guzmán S. A. y Avalos L.M. "Parto psicorofiláctico contra atención obstétrica tradicional". Ginec. Obst. México, 1983. Vol 51. Cit - por Dominguez, op cit.
- Hytten I. E. "Metabolic adaptation of pregnancy in the prevention of handicap trough antenatal care". Review of research practice. - 1976. Cit por Macfarlane "Psicología del nacimiento". Ediciones Mo_ rata. Tercera edición. Madrid, 1985.
- Infante C.C. y Cobos P.Y. "El aborto inducido en cifras: Análisis de la difusión de las estadísticas en la prensa". Salud Pública. - México, 1989. Vol 31 pag 385-393.
- Instituto Nacional de Perinatología "Programa de educación para la reproducción. Etapa gestacional". México, 1983 108 pp.
- Instituto Nacional de Perinatología "Programa de educación para la reproducción. Etapa post-parto". México, 1984 55 pp.
- Karchmer K.S. y Atkin L.C. "Salud mental y salud perinatal" en At- kin et al (Eds), op cit.
- Kitzinger Sheila "Women as mother". Fontana Books. Great Britain, - 1978. 285 pp.

- Kumate Jesús en Belmont Vazquez J. "Urge establecer la cultura de la salud en México". Entrevista. Financiero. México, 12 septiembre 1989. pag 33
- Kumate J., José M.V. y Barnard A. "La atención primaria de salud - como instrumento de desarrollo en México". Salud Pública. México, - 1989. Vol 31 pag 177-184.
- Langer Ana "Páginas de salud pública". Salud Pública. México, 1988 Vol 30 pag 129-130.
- Langer A., Bobadilla J.L., Bronfman M. y Avila H. "El apoyo psico-social durante el período perinatal. Revisión conceptual y bibliográfica". Salud Pública. México, 1988. Vol 30 pag 81-87.
- Langer Marie (1964) "Maternidad y sexo". Ed Paidos. Segunda reim-- presión. México, 1988. 253 pp.
- Laurell Cristina "Medicina y capitalismo en México". Cuadernos Políticos No. 5. 1978. Cit por Torres I.A. y Beltrán F.J. "Aproximación metodológica del psicólogo en la atención primaria en salud". Revista Sonorense de Psicología. México, 1988. Vol 3 No. 1 pag --- 52-56.
- Lerer Maria Luisa (1986) "Sexualidad femenina: Mitos, realidades y el sentido de ser mujer". Editorial Sudamericana-Planeta. Décima - Edición. Buenos Aires, 1987. 230 pp.
- Lipkin y Cohen "Atención emocional del paciente". Prensa Médica. - México, 1984. 287 pp.
- Loewe Ricardo "Panorama de la educación para la salud en México".- UAM Xochimilco. México, 1983.
- Macfarlane A. (1977) "Psicología del nacimiento". Ediciones Morata. Tercera Edición. Madrid, 1985.
- Macy C, y Falkner F. "Embarazo y nacimiento: Problemas y placeres" Editorial Harla. Colección La psicología y tú. México, 1980. ---- 128 pp.
- Martínez Sánchez Carlos "Educación de la población antes del emba- razo". En Atkin et al (Eds), op cit. pag 73-87.
- Mc Cary J.L. y Mc Cary S.P. (1982) "Sexualidad humana". Ed Manual Moderno. Cuarta Edición. México, 1983. 393 pp.

- Mead Margaret "Male and female. A study of the sexes in a changing world". Laurel Editions. New York, 1949. Cit por Lerer M., op cit.
- Méndez Navarro Gerardo "Aspectos psicológicos de la mujer embarazada". Monografía. INPER. México, 1986. 38 pp.
- Montiel Gloria "Grupos operativos de post-parto: Una experiencia institucional". En Atkin et al (Eds), op cit. pag 190-211.
- Norbeck J. y Peterson T.V. "Life stress, social support and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: a prospective, multivariate study". Journal Health Social Behavior. 1983. Vol 24. pag 36-46.
- Nuckolls K.B., Cassel J. y Kaplan B.H. "Psychosocial factors, life crisis and the prognosis of pregnancy". American Journal Epidemiological. 1972. Vol 15 pag 431-444. Cit por Langer et al, op cit.
- Oakley Ann "Women confined: Towards a sociology of childbirth" Martin Robertson & Company LTD. London, 1980.
- Ogilvy & Mather "La mujer mexicana en la década de los noventas" - En Cobos Bautista Lourdes "Política, sexo y matrimonio: Opinión de las mexicanas" Ovaciones. Segunda Edición. México, 4 abril 1990 pag 1, 4.
- Ordorica Manuel "La utopía demográfica en los albores del siglo XXI". El Financiero. México, 5 octubre 1989 pag 44.
- Organización Mundial para la Salud "Informe final de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud". Alma Ata - URSS, sep 1978.
- Ortigosa Corona Eduardo (a) "Coloquios sabatinos". Programa para 1989. INPER. México, 1989.
- Ortigosa Corona Eduardo (b) Comunicación personal. México, 1989.
- Ortiz Viveros Godeleva "El psicólogo en la atención primaria de la salud mental". Psicología y Salud. Universidad Veracruzana. México, 1989. pag 36-47.
- Palma C.Y. y Echari C.C. "Niveles de la fecundidad" en Secretaría de Salud 1988, op cit.
- Pérez Arizmendi Esperanza "Manejo del estado emocional de la gestante por el equipo de salud" En Atkin et al(Eds), op cit pag 180-189.

- Pichón Riviere Enrique (1971) "El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social I". Folios Ediciones. México, 1983. --- 213 pp.
- Pick de Weiss Susan "Actitudes, conocimientos y conductas de planificación familiar en México: Una década de investigación social -- (1975-1985)". Revista Mexicana de Psicología. 1986. Vol 2 No. 2 - pag 155-160.
- Reed Evelyn (1975) "La evolución de la mujer: Del clan matriarcal a la familia patriarcal". Distribuidores Fontamara. México, 1987 350 pp.
- Richart M.M. y Cabrera G.J. "La psicología en los centros de salud comunitaria: Programa de promoción y educación para la salud". Pro molibro Serie Psicología Aplicada. Valencia, 1988. 233 pp.
- Rodríguez A. Graciela "La participación del psicólogo en el sector salud". Revista Mexicana de Psicología. 1984. Vol 1 No. 1 pag --- 22-26.
- Roldán (a) "Análisis de la comunicación doctor-paciente: Una evaluación desde el punto de vista de los setting hospitalarios". Análisis y Modificación de la Conducta. México, 1985. Vol 29 pag ---- 367-384.
- Roldán (b) "El grado de participación como estrategia de modulación en un estudio de seguimiento con parturientas hospitalizadas". Análisis y Modificación de conducta. México, 1985. Vol 30 pag ---- 533-548.
- Ruiz Durá J.R. "Educación para la pareja durante el embarazo, parto y puerperio". En Atkin et al (Eds), op cit pag 159-179.
- Sánchez Quintanar Concepción "Desarrollo social e integración personal". Ediciones Contraste. México, 1982. 149 pp.
- Sánchez Sosa Juan José "Comportamiento humano y salud: El papel - de la psicología en la atención de problemas básicos de prevención, tratamiento y prospectiva de la salud en México". Higiene. México, 1989. Vol 39 No. 2 pag 17-20.
- San Martín H. y Pastor Aldeguer V. "Salud comunitaria: Teoría y -- práctica". Ed. Diaz de Santos. Madrid, 1984. 355 pp.

- Santibañez G. "Experiencia clínica con el método psicoprofiláctico en clientela privada en México". Ginec-Obst. México, 1968. Vol 23
Cit por Domínguez, op cit.
- Secretaria de Salubridad y Asistencia "Manual de Normas de educación para la salud". México, 1983.
- Secretaria de Salud "Norma técnica No. 195 para la prestación de servicios de salud mental en la atención primaria a la salud". Diario Oficial. México, 21 agosto 1987. pag 28-30.
- Secretaria de Salud "Encuesta Nacional sobre fecundidad y salud" - Memoria de la Reunión celebrada en febrero de 1988. México, 1988 - 229 pp.
- Secretaria de Salud. En Belmont Vázquez Jesús "Deficiente atención en el parto, una de las muchas causas de muerte materno-infantil". El Financiero. México, 2 octubre 1989. pag 77.
- Silber T.J. "Diagnosis of pregnancy in adolescents". Medical Aspects Human Sexuality 1985. Vol 17 pag 160-162.
- Soberón G., Kumate J. y Laguna J. (Eds) "La salud en México: Testimonios 1988". Tomo II. Biblioteca de la Salud. Fondo de Cultura Económica. México, 1988. 319 pp.
- Soifer Raquel "Psicología del embarazo, parto y puerperio". Edic.- Kargieman. Buenos Aires, 1971. 186 pp.
- Sokol R.J., Woolf R.B., Rossen M.G. y Weingarden K. "Risk, antepartum care and outcome: impact of a maternity and infant care project". Obst Gynecol. 1989. Vol 56 pag 150-156. Cit por Langer et al, op cit.
- Souza y Chamorro M. "Educación en salud mental para maestros". Ed. El Manual Moderno. México, 1988. 443 pp.
- Stekel (1947). Cit por Beauvoir S. , op cit pag 302.
- Urbina Fuentes Manuel "Antecedentes". En Secretaria de Salud 1988, op cit.
- Urbina F. y Echánove F.E. "Fecundidad y salud en México". Salud Pública. México, 1989. V 31 pag 168-176.
- Valderrama Blanco Guadalupe "Perfil psicológico de pacientes del INPER con embarazo de curso normal" Tesis Licenciatura. Facultad -

- de Psicología. UNAM. México, 1988.
- Von Wobeser Irma "El proceso reproductivo y sus implicaciones para el ciclo vital de la familia". En Atkin et al (Eds), op cit pag -- 44-72.
 - Yopo P. Boris "Metodología de la investigación participativa". Cuadernos del Crefal No. 16. México, 1985. 54 pp.