

# Diálogos

*De la concepción al nacimiento*

*A nuestros padres que nos permitieron ser hijos y a  
nuestros hijos que nos permitieron ser padres*

# Índice

- Prólogo
- Introducción
- Capítulo I: Concepción
- Capítulo II: Anticoncepción
- Capítulo III: Aborto
- Capítulo IV: Gestación
  - Elección del equipo profesional y de la Institución
  - Primera consulta (anamnesis obstétrica)
  - Fecha probable de parto
  - Grupos de parejas gestantes
  - Primer trimestre de gestación
  - Placenta
  - Drogas y embarazo
  - Cambios en el cuerpo de la mujer
  - Segundo trimestre de gestación: adaptación de la pareja al embarazo
  - Tercer trimestre de gestación
  - Preparación de las mamas para la lactancia
  - Estudios complementarios
- \* Capítulo V: Parto
  - Introducción
  - Comienzo del trabajo de parto
  - Metodología obstétrica: Cesárea, anestesia, tricotomía, episiotomía, parto natural.
    - Sala de partos
    - Función del padre en sala de partos
    - Elección de la posición de la mujer en el parto
    - Nursery e internación conjunta madre-hijo (Roomin-in)
- Capítulo VI: Puerperio y regreso de “uno más” al hogar.
  - Depresión puerperal
  - Visitas
  - El recién nacido y sus hermanos
  - El recién nacido, sus padres y sus abuelos
  - El hijo que se tiene y el hijo que se piensa
    - Rituales que los padres imponen a sus hijos
- Capítulo VII: Habla un “invitado”
  - Lactancia natural: ventajas y desventajas
  - El rol del neonatólogo
  - El retorno al hogar
  - El pasaje del obstetra al pediatra

## Prologo

La experiencia del placer-dolor, de la salud-enfermedad y de la vida-muerte son parte integral de la existencia humana. La capacidad de manejar estas tres antinomias es fundamental para la salud psíquica y somática.

La concepción y el nacimiento de un hijo cuestionan nuestra capacidad de vivir integralmente, y requieren de la pareja parental afrontar grandes cambios existenciales. Al enfocar las bases psicológicas y fisiológicas de todos los procesos que incluyen desde la concepción al nacimiento, este libro involucra todos los supuestos básicos sobre vida, salud, mente y cuerpo.

Enfocando el nacimiento fisiológicamente, obtenemos una mejor comprensión de la influencia de nuestras actitudes culturales en el milagro de la concepción y el parto. Esta exploración incluye puntos de vista que no son sólo intelectuales sino también emocionales. Tratamos de reconocer sentimientos profundos y trabajar con el miedo y la ansiedad inherente al dar a luz una nueva vida.

Una madre cuyo hijo está naciendo necesita apoyo para integrar su mente con su cuerpo para mejor cooperar con las fuerzas naturales que actúan dentro de ellas.

El énfasis de este libro está situado en el embarazo y parto normales, el cual debería estar al alcance de la gran mayoría de las mujeres.

El nacimiento no es un hecho aislado sino que es parte de un continuum dentro de la vida familiar. El embarazo desencadena un estado de expansión de la conciencia materna que prepara a la mujer para su desarrollo personal y cambios en su estilo de vida.

Embarazo y nacimiento suministran a la pareja una oportunidad perfecta para mejor descubrirse mutuamente; una ocasión única para apreciar mejor la interacción de la mente, el espíritu y el cuerpo y de los placeres de la vida.

Dr. Roberto Caldeyro- Barcia  
Montevideo, Agosto de 1990

## Introducción

Encarar esta obra, si bien con modestas pretensiones, resultó un desafío no sólo porque somos médicos y estamos más cerca de un informe científico que de la sintaxis literaria, sino por la distancia que imponen Buenos Aires y Río de Janeiro. Así, la redacción de nuestro libro nos obligó a viajar casi una vez por mes desde Brasil o la Argentina, salvo cuando Florianópolis fue el punto de encuentro en la mitad del camino. Allí es donde grabamos la mayor parte de estos diálogos.

El lector observará que la arquitectura de este libro está estructurada en dos segmentos: uno con el relato unipersonal sobre un determinado tema, por ejemplo “Concepción, Anticoncepción y Aborto”, y otro en el que establezco un diálogo con el Dr. Roberto Curi Hallal. Esta disposición no es fruto de un capricho sino que fue pensada con el fin de que el lector sea partícipe del diálogo. Así ya sea que comparta nuestras ideas o se oponga a ellas, tendrá su lugar en el libro. Nuestra intención, entonces, no es brindar un tema cerrado...y por ende con características dogmáticas..., sino que la participación sea una de las bases de la lectura.

El motivo que nos indujo a reunirnos para escribir “Diálogos: de la Concepción al Nacimiento” fue el escaso número de trabajos referidos a estos tópicos que llegan al lector común. El tema de la sexualidad aún hoy sigue siendo considerado tabú en nuestros países. Además cuando es tratado suele ser abordado con un criterio estrictamente biológico o, por el contrario, teñido fuertemente por una postura psicologista. Creemos haber logrado en esta obra establecer un término medio. Este fue precisamente el norte que nos guió para reunirnos el Dr. Roberto Curi Hallal, médico psicoanalista, y a mí, Dr. Manuel Beinstein, médico obstetra.

Considero que la unión de ambos, en esta suerte de “coctelera” que constituyen los diálogos, tendrá como resultado ese término medio, el equilibrio buscado.

Este trabajo lo concebimos grabando nuestros diálogos, y luego, con excepción de las construcciones sintácticas equivocadas y de los errores gramaticales, fueron volcados en el libro con un carácter auténtico y espontáneo.

Evitamos reelaborar el material, y por tal motivo tal vez contenga algunas repeticiones y contradicciones. Podríamos pedir disculpas de antemano, pero los diálogos en la ciencia son abiertos como los nuestros, especialmente cuando se postulan teorías de difícil comprobación. Esta falta de “cierre” es la base de un pensamiento científico en permanente evolución que se opone a los postulados científicistas basados en el dogmatismo y la mística. Curi Hallal y yo partimos del cuestionamiento de lo obvio, de la actitud que crea con modestia y evita la solemnidad.

Manuel Beinstein

# Capítulo I

## Concepción

*Hay una cosa tan inevitable como la muerte: la vida*  
Charles Chaplin

Dr. *Manuel Beinstein*

Los mamíferos están en condiciones de reproducirse luego de su madurez sexual. Los seres humanos son mamíferos caracterizados no sólo por el desarrollo cerebral que lograron en su evolución, sino por la capacidad de haber emigrado de la naturaleza a la cultura. El delfín, por ejemplo, si bien es considerado uno de los mamíferos más inteligentes, tiene la misma inteligencia que poseía desde los orígenes y ha sido incapaz de modificar su entorno. Su “cultura”, por lo tanto es estática. El ser humano, en cambio, es humano en tanto y en cuanto permanezca dentro de la cultura. Para no perder este distintivo debe mantener el amor, pues preservarlo implica mantener la vida.

Así considero que el embarazo en el ser humano no es sólo producto de la excitación sexual, sino que el amor debe conformar el entorno obligatorio para la gestación. En un embarazo conscientemente planificado, la pareja debe estar segura de su capacidad de brindar amor al otro.

Cuando el ginecólogo es consultado acerca de las posibilidades de fertilidad de una pareja, no sólo debe concentrarse en investigar lo concerniente a las aptitudes biológicas de obtener una gestación, tan importante como un correcto examen clínico, de laboratorio e imagenología son los oídos del médico, es decir la escucha. Si se le da tiempo y silencio a la pareja, surgirán con toda seguridad una enorme cantidad de datos que le permitirán al colega conocer el perfil psicológico, si existe suficiente amor entre ambos como para luego amar a un tercero, es decir, al hijo que están planificando.

Es sumamente importante, entonces, estar capacitado para dar amor al futuro ser, pero también lo es estar en condiciones como para recibir el amor del hijo. La pregunta que seguramente surgirá del lector es quién nos enseña a amar, debemos partir de la premisa de que el amor se aprende, esto lo han estudiado por años psicólogos, sociólogos y antropólogos. Nuestros padres son los que nos enseñaron a amar, ellos han sido con

seguridad nuestros primeros maestros, aunque con sus errores, son seres humanos, no son perfectos, nadie puede exigirles que sean perfectos, pero no tengan dudas que si hemos aprendido el amor de esas personas y de la sociedad, podemos olvidarlo y volver a aprenderlo. En algún momento de la vida hay que aprender a amar.

Estoy sinceramente convencido de que, para definir el amor, la única palabra que lo abarca totalmente es “vida”. El amor es la vida, por lo tanto, si uno pierde el amor pierde la vida.

Comenzaré a partir de aquí a describirles todo lo concerniente acerca del proceso biológico de la fecundación. Me referiré a ella con la tranquilidad de haber comentado, aunque brevemente, que para la procreación están en igualdad de importancia tanto el amor de la pareja, como la unión del óvulo con el espermatozoide.

Si bien es necesaria la unión sexual del hombre con la mujer para que se produzca la fecundación, sabemos que en la actualidad se cuenta con determinados métodos como la fecundación asistida para lograr el mismo fin.

Al producirse la eyaculación el *esperma* es una mezcla no homogénea de espermatozoides con secreciones de las glándulas accesorias; se homogeniza en 5 minutos a 37° C de temperatura, La cantidad que se emite oscila entre 1.5 a 6 CC. El esperma eyaculado contiene, en condiciones fisiológicas, alrededor de cien millones de espermatozoides por centímetro cúbico. Cierta cantidad de esperma queda retenida en el fondo de saco vaginal, es decir, el espacio entre el cuello uterino y la cúpula vaginal, hecho que facilita la penetración activa de los espermatozoides en el orificio del cuello. Los espermatozoides tienden a refugiarse en el moco que se encuentra en el conducto cervical. Por otro lado, los espermatozoides que permanecen en la vagina al cabo de una hora son destruidos. Los espermatozoides prosiguen su migración ascendente gracias a los movimientos ondulantes de su cola; tienen una propiedad de progresar contra la corriente, esto ocurre casi inmediatamente después de la eyaculación. Se calcula que un espermatozoide normal necesitaría alrededor de una hora a una hora y media para encontrarse en la trompa con el óvulo. Se sostiene que los espermatozoides pueden mantenerse activos en el útero y las trompas durante 1 a 3 días luego del coito.

Como podrán intuir estamos ya muy cerca de que se produzca *la magia*, ese maravilloso milagro que es la constitución de un nuevo ser. El óvulo maduro es “asaltado” por los espermatozoides. Sólo uno de estos va a ser el privilegiado que va a penetrar en el interior de la gameta femenina, sin su cola.

Ahora bien, las células sexuales, es decir, los óvulos y los espermatozoides tienen en su núcleo la mitad de los cromosomas que cualquier otra célula de nuestro organismo. Los cromosomas son elementos que no sólo concentran la información genética, sino que la transmiten de una generación celular a otra. El número de cromosomas es siempre el mismo--cuarenta y seis, y como he dicho antes las células sexuales la mitad, es decir veintitrés.

Los cuarenta y seis cromosomas que poseen las células humanas se constituyen en veintitrés pares, divididos en veintidós pares de *autosomas* (cromosomas que transmitirán las características del tejido u órgano al cual pertenecen) y un par de cromosomas sexuales. En la mujer este último par es XX, mientras que en el hombre el mismo par tiene una conformación XY.

Si se une un óvulo con un espermatozoide que posee un cromosoma X, la constitución genética sexual del huevo fecundado será XX, es decir mujer; si el espermatozoide posee un cromosoma sexual Y, el huevo fecundado tendrá la constitución genética XY, es decir, varón.

Antes de seguir adelante con este milagro de la fecundación debo comentarles que el periodo de fertilidad es muy limitado, dado que el óvulo maduro tiene una supervivencia efímera, a su vez el espermatozoide asciende rápidamente y conserva poco su aptitud fecundante. Teóricamente, si los ciclos son muy cortos o muy largos, la ovulación ocurriría entre los días 13 y 15 (luego del primer día de la menstruación); el resto del tiempo habría una *esterilidad fisiológica*. No obstante, la evidencia demuestra que la fecha de la ovulación no es tan fija, siendo numerosas las mujeres que fueron fecundadas durante los periodos de esterilidad fisiológicos.

La fecundación ocurre generalmente dentro de las doce horas que siguen a la ovulación. Siguiendo con el tema, una vez que el ovulo es penetrado por el espermatozoide, la nueva vida, el huevo o cigota entra rápidamente en segmentación, formando un macizo multicelular llamado mórula (debido a la semejanza con la mora) y que es ligeramente mayor que el óvulo no fecundado. Al formarse la mórula, las divisiones celulares continúan con una gran rapidez; constituyéndose en un elemento llamado blastocisto, quién tiene la particularidad de presentar una cavidad llena de líquido y precisamente en uno de sus polos se formará el embrión, se le llama *botón embrionario*. Con la división celular adicional, la mórula se convierte en una estructura externa de células, que luego pasarán a ser las membranas que alimentan y protegen al grupo interno de células que serán el futuro feto.

Este blastocisto continúa su recorrido descendente por las trompas de Falopio y en el período comprendido entre los días 7 y 9 después de la concepción, se implanta en el útero. Durante este tiempo el tejido que tapiza internamente el útero (endometrio) fue aumentando de espesor como si fuese un “colchón” preparado para albergar al feto. El blastocisto se adhiere al endometrio y se alimenta de él. La placenta y la estructura de soporte para el embarazo se forman en la fase de implantación, se estima que el 55% de los huevos o cigotos nunca alcanzan esta fase de crecimiento.

La fase embrionaria comienza el día 15 después de la concepción y continúa hasta la semana 8 ó cuando el embrión tenga 3.8 cm. de longitud, en este período las células del embrión no están sólo multiplicándose, sino también cumpliendo funciones específicas. Se le llama a esto diferenciación de tejidos, tales como células sanguíneas, células hepáticas, células nerviosas, etc... Tenemos aquí un crecimiento rápido, las principales características externas comienzan a tomar forma, y es justo el momento más susceptible del embrión a determinados medicamentos u otro tipo de factores que pueden ocasionar malformaciones. La lista de los mismos es extensa, pero los más comunes son:

- El Alcohol
- El tabaco
- Prescripción de drogas estimulantes
- Infecciones (rubéola, citomegalovirus)
- Radiación como la producida por radiografías o radioterapia
- Deficiencias nutricionales, *ácido fólico*, entre otras

Considero importante detenerme en este tema, es decir, en la deficiencia de ácido fólico y su relación con las *anomalías del cierre del tubo neural* (ACTN). El tubo neural (médula espinal y columna vertebral) completa su cierre el día 20, luego de la concepción. Si la mujer padece de carencia alimentaria de esta vitamina tiene grandes posibilidades de que el tubo neural del embrión no se cierre correctamente, pudiéndose ocasionar desde una anencefalia, que es una anomalía letal, la espina bífida, pasando por el mielomeningocele, así como también el labio leporino.

Es de tener en cuenta que en América latina prácticamente la mitad de los embarazos no son planificados y por otro lado, la mujer no sospecha de su gestación hasta después de un atraso de su menstruación, es decir, por lo mínimo a los 20 días de la concepción.

Como expresé anteriormente el tubo neural completa su cierre a los 20 días, por lo tanto, ya es tarde para suplementar con ácido fólico.

La prevención primaria de las anomalías del cierre del tubo neural con ácido fólico debe abarcar toda la vida reproductiva de la mujer.

No les voy a hablar de Epidemiología y cometer el error de llenarlos de cifras, números, tasas, mortalidades. La única cifra que quiero darles es la frecuencia de este tipo de malformaciones, sobretodo en nuestra población.

Son malformaciones frecuentes, estamos hablando entre 1 a 6 cada mil nacimientos. La mitad de ellos da lugar a la anencefalia- y la otra mitad a espina bífida, asociada con diversos grados de discapacidad. Esto quiere decir que todos los años en la Argentina nacen unos 800 niños con ACTN.

Se recomienda a toda mujer con capacidad reproductiva la administración de 1 mg. diario de

Acido fólico, mientras que ante el antecedente de un hijo con defecto del tubo neural una dosis de 4 mg. de ácido fólico.

El suplemento con polivitaminas podría ser efectivo en la prevención de ciertas cardiopatías congénitas

### ***Desarrollo de la gestación***

El embarazo conlleva incógnitas, misterio, fantasías que se transforman en mitos y leyendas y desde ya, innumerables preguntas que la pareja gestante se hace y cuando puede se las traslada al obstetra. Una de las más frecuentes es como va progresando su embarazo, si está creciendo adecuada y armónicamente, el advenimiento de la ecografía ha dado respuesta a algunos de los interrogantes, pero me pareció pertinente describir con algo parecido a una guía la progresión del desarrollo fetal.

El final de la octava semana marca el final del “período embrionario” y el comienzo del período “fetal”.

#### **Semanas de 9 a la 12**

- El feto alcanza una longitud de 8 cm.
- El tamaño de la cabeza corresponde casi a la mitad del tamaño del feto
- La cara está formada
- Los párpados se cierran y no se vuelven a abrir hasta la semana 28
- Aparecen los brotes dentarios
- Los genitales se encuentran diferenciado

#### **Semanas de la 13 a la 16**

- El feto alcanza una longitud de aproximadamente 15 cm.
- Se desarrolla en la cabeza un cabello delgado, llamado “lanugo”
- El feto se mueve activamente
- Hace movimientos de succión con la boca
- Se forma el meconio intestinal

#### **Semana 20**

- El feto alcanza una longitud de 20 cm.
- Todo el cuerpo se cubre de lanugo
- Aparecen las cejas y pestañas



- Aparecen las uñas en pies y manos
- Se muestra más activo y aumenta su desarrollo muscular
- Comienza a patear, momento donde la madre siente los movimientos fetales
- Se pueden escuchar los latidos fetales

#### **Semana 24**

- La longitud del feto es de 28 cm.
- El peso es de aproximadamente 750 g,
- Todas las estructuras de los ojos están bien formadas
- Se comienzan a formar los alvéolos pulmonares

#### **Semanas de la 25 a la 28**

- La longitud fetal es de 38 cm.
- el peso es de 1200 g
- El sistema nervioso madura como para controlar algunas funciones corporales
- Los párpados se abren y se cierran
- El sistema respiratorio, aún inmaduro, comienza a permitir el intercambio gaseoso

#### **Semanas de la 29 a la 32**

- La longitud fetal es de 40 a 43 cm.
- El peso es de 1900 g.
- Comienza con un aumento de la grasa corporal
- Hay movimientos respiratorios rítmicos, pero los pulmones aún no alcanzan la madurez

#### **Semana 36**

- La longitud fetal es de 40 a 48 cm.
- El peso oscila entre los 2600 a 3000 g.
- El lanugo comienza a desaparecer
- Se presenta un mayor aumento de la grasa corporal
- Si el feto nace en este período tiene grandes posibilidades de sobrevivir

#### **Semanas de la 37 a la 40**

- La longitud fetal es de 49 a 54 cm.
- Las uñas de las manos se extienden a la punta de los dedos
- El cabello de la cabeza tiene un aspecto más grueso y áspero.
- Se lo considera “de término”

### ***Modificaciones físicas de la mujer embarazada***

Uno de los primeros y más evidentes cambios fisiológicos que suelen preocupar a la gestante es el aumento del peso.

Se considera normal un incremento de alrededor de 12 Kg. (entre 8 y 16 Kg.). Se puede establecer otro parámetro, un aumento de peso que no supere el 20% del peso inicial.

El aumento de peso no es lineal en cada mes de gestación. Durante el primer trimestre podrá haber desde un descenso hasta un moderado aumento, pero luego será más constante entre 400 a 450 g. por semana hasta el término del embarazo.

El peso variará según la edad, talla, peso anterior al embarazo y actividad de la embarazada.

Fisiológicamente el 50% del aumento de peso está dado por el incremento de la masa acuosa del organismo, el resto lo da el crecimiento del feto, la placenta, el útero y las mamas.

Inmediatamente de producido el parto la mujer perderá de 6 a 7 Kg. Y el resto del peso aumentado durante el embarazo irá descendiendo por eliminación del líquido y durante

la lactancia servirá como fuente de energía. Esto significa que se producirá una disminución gradual del peso a lo largo de lactancia.

Si la mujer no se encuentra correctamente alimentada, en este caso con alimentos cítricos (Vitamina C), sus encías estarán congestionadas, podrán sangrar fácilmente, a su vez la dentadura mal atendida podrá sufrir *caries* de rápida evolución, favorecidas por la gingivitis y la alteración de la composición química de la saliva. Considero importante la visita preventiva al odontólogo.

La *secreción salivar* aumenta generalmente, el apetito puede reducirse durante los primeros meses y aumentar a partir del tercero. Pero lo más común es la perturbación del apetito, los famosos *antojos*, que no son otra cosa que la necesidad por alimentos muy ácidos o muy picantes, debidos a una modificación de los sentidos del gusto y del olfato.

Son frecuentes durante las primeras semanas de embarazo *las náuseas y vómitos matutinos*, al punto que suelen ser uno de los primeros síntomas de presunción de embarazo.

La constipación es común, así como el meteorismo (gases intestinales).

*Las hemorroides* son frecuentes y particularmente molestas al final del embarazo; son por lo general debidas a la constipación y al aumento de la presión venosa por debajo del diafragma.

La *vesícula biliar* se encuentra con poca motilidad y distendida, es por este motivo que se recomienda no ingerir alimentos excesivamente grasos (cremas, chocolates, carne de cerdo, manteca, grasa animal) y frituras.

La *mucosa nasal* se pone inflamada (turgente) durante la gestación, también lo experimenta la laringe, lo que suele acarrear cierto cambio en el tono de la voz. Se suele congestionar la mucosa bronquial, lo que explica una mayor predisposición para padecer procesos broncopulmonares. Además, aumenta el volumen de aire respirado por minuto: la embarazada respira más que la que no lo está, y el aire pulmonar contiene más oxígeno y menos anhídrido carbónico.

El otro tema que suele producir preocupación durante la gestación es la aparición de *várices* (dilataciones venosas) en los miembros inferiores, que generalmente son transitorias y desaparecen después del parto, a veces sólo hay várices finas, superficiales, en la región externa de los muslos y de las piernas, estas dilataciones venosas pueden aparecer a partir del tercer mes de embarazo.

La piel también es asiento de transformaciones, suele haber una hiperpigmentación en la frente, nariz y labios, a esto se lo llama “máscara del embarazo”, más pronunciada en las morenas, en la mama se pigmentan los pezones y en el abdomen la línea blanca, al pigmentarse, se transforma en línea parda, se oscurecen las cicatrices.

Pero uno de los problemas dérmicos que más pueden preocupar, en cuanto a lo estético, es la aparición de las *estrías*, que son provocadas por la dilatación pasiva de los tejidos que desgarran las fibras elásticas. Las recientes son de color rosado y las antiguas, provenientes de un embarazo anterior son nacaradas.

He procurado, sintéticamente, comentarles los principales cambios que acontecen durante el embarazo, cambios, que junto con la lordosis de la columna lumbar, el abdomen prominente y la forma característica de caminar, constituyen lo que se le dio en llamar “el orgullo de la embarazada”. Y como no estar orgullosa, si ha llegado al pico más alto de su belleza, el sentirse más plena que nunca, acariciada desde adentro por su hijo. No olvidemos que los pintores renacentistas, en ocasiones, utilizaban como modelo para sus pinturas mujeres gestantes.

Pero, además, en toda mujer existe, desde los primeros momentos de su vida, el instinto maternal lo que obviamente, al cristalizarse en un momento dado de su existencia crea el placer o la dicha que conciente o inconcientemente vive al consumarse algo tan deseado.

*Una pasión llamada vida  
Te evoca caliente en los deseos, fría en la tristeza  
Imaginación en el futuro y memoria en el pasado  
Cuando verbo conjugado en los tiempos de la naturaleza  
te llaman juventud.  
Ahí tienes la edad de quién te nombra.  
Los incautos te llaman María, los hombres, madre,  
y los poetas, mujer.  
Es tu manera de ser, eres tan personal.  
Los oprimidos te llaman injusticia  
Eres verde en el campo y roja en el cuerpo,  
Malabarista en las guerras y silenciosa en la paz.  
Infancia en el comienzo, después adolescencia,  
profesión y vejez, al final.  
Cuando partes te llaman juventud.  
Cuando llegas te llaman parto.  
Eres semilla cuando comienzas y cuando terminas.  
Reproyectamos en la partitura y te improvisamos en la ejecución.  
En un tiempo eres futuro, en otro pasado.  
Te llaman “barriga” cuando esperada  
Y muerte cuando “saudade”\*.  
Miseria en las favelas,  
Soledad en los refugios,  
Recuerdo en la distancia,  
Pan en el hambre,  
Plenitud en las pasiones.  
Quiero abrazarte,  
besarte en las flores,  
penetrar en tus ríos,  
bañarme en tu sol.  
Quiero ser rudo en la supervivencia  
y llevar la ternura humilde hasta sus últimas consecuencias.  
A veces tu nombre es amor, otras: ser amado.  
Vida, mi pasión  
Me cuido para no confundirte con alguien,  
así, yo te tengo en mí y sólo te perderé al final.*

Dr. Roberto Curi Hallal

\* Las poesías del Dr. Roberto Curi Hallal han sido traducidas del portugués.  
En este caso se ha respetado el original

## Capítulo II

### Anticoncepción

*“Como la frase más dulce que se seca en mi cerebro por faltarme el valor de decir,  
como una uva todo hollejo, se me antoja hoy este amor elegido estéril”.*

Graciela C. Clivaggio

Realmente he elegido como título de este capítulo el de “anticoncepción” por ser el generalmente aceptado por la medicina y vulgarmente difundido. Personalmente siempre he tenido cierto tipo de rechazo al prefijo *anti*, sobre todo en temas que de alguna manera se puedan referir al amor, a las relaciones humanas. En estos casos me agrada más lo positivo, por tal motivo los llamo “métodos para lograr un embarazo responsable”.

Estos métodos previenen la concepción con la finalidad de regular la natalidad, es decir el intento que realiza la pareja para controlar el número de hijos y espaciar los embarazos. Son actualmente reconocidos por gran parte de la sociedad, pero

lamentablemente, a pesar de este reconocimiento, en nuestros países aún no se brinda una información coherente y adecuada sobre estos métodos.

El tabú de la educación sexual sigue aún vigente en el siglo XXI en la enseñanza primaria, secundaria y aún en la universitaria. Por tal motivo, si queremos educar en cuanto a la sexualidad nos encontraremos con el gran interrogante de quién o quienes se encuentran absolutamente capacitados como para hacerlo. Por esta razón, si estamos decididos a educar sexualmente a nuestros hijos, tendremos que comenzar por informarnos correctamente y sin ningún tipo de prejuicios. Si nosotros no lo hacemos, el espacio que dejamos vacío será llenado por los medios que en estos momentos tienen como ideología exaltar la violencia y banalizar el amor.

Los métodos para controlar la natalidad existen desde que se descubrió que las relaciones sexuales pueden tener como consecuencia el embarazo.

El primer texto médico del que se tiene noticia, *El papiro de Petri*, de 1980 antes de Cristo, figuraban ya las recetas anticonceptivas. Una aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, usado como pesario que se insertaba en la vagina. La referencia bíblica citada con más frecuencia es un pasaje del Génesis, capítulo 38: “Pero Onán, sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano se derramaba en la tierra para no dar prole a su hermano...”. (Coitus interruptus)

La primera referencia griega sobre este tema, se encuentra en el libro de Aristóteles *Historia Animalium*, del siglo IV antes de Cristo que decía: “Algunos impiden la concepción untando la parte de la matriz en la que cae semen con aceite de cedro o con un ungüento de plomo o con incienso mezclado con aceite de olivo”.

La religión islámica no se oponía a la anticoncepción y el *coitus interruptus* figuraba en primer lugar como un método mencionado en las más antiguas tradiciones del profeta. *Soranos*, el ginecólogo más importante de la antigüedad, hizo la descripción más brillante y original y que por otro lado, tendría que ser leído por algunos de los que se oponen en la actualidad al uso de estos métodos. “Un anticonceptivo se diferencia de un abortivo en que el primero no permite que tenga lugar la concepción, mientras que el último destruye lo que ha sido concebido”.

La primera descripción de un condón se encontró en la obra de *Falopio*, cuya pretensión fue lograr la protección contra la sífilis. Se ha sugerido que algún trabajador de un matadero medieval tuvo la ocurrencia de que las membranas delgadas de un animal lo protegían contra la infección. El origen de la palabra “condón” es también desconocido; una de las teorías favoritas es que se llama así por el nombre de su inventor, el señor *Condón* o *Canton*, un cortesano de Carlos II; otros evocan la etimología latina *condus*, que para los romanos significaba receptáculo. En 1870 aparece el primer preservativo de caucho, de calidad aún mediocre y poco práctico. En 1930, con el desarrollo del látex, aparece el nuevo preservativo, más fino y más sólido.

El diafragma parece remontarse al siglo XVIII, *Casanova* recomendaba la colocación en el fondo de la vagina de la mitad de un limón exprimido cuyo jugo tenía la reputación de actuar como espermicida. En 1882, el doctor *C. Hasse* comunicó la primera definición detallada del diafragma moderno.

En el siglo IV antes de Cristo, Hipócrates fue el precursor del dispositivo intrauterino (DIU) quién descubrió el efecto anticonceptivo que se derivaba de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero y, además, su utilización en épocas remotas en las camellas de los nómadas en el desierto, colocando en el útero de las mismas piedras, para evitar su preñez durante las largas travesías.

Los DIU modernos comenzaron en el año 1928 con la presentación de Richter de un auténtico dispositivo intrauterino que consistía en un lazo de hilo de seda.

En 1960, Margulies presentó su dispositivo (Safe-T-Coil), que se caracterizaba por un dispositivo abierto, construido en polietileno y recubierto por una capa de sulfato de bario, para facilitar su localización radiológica. Lippes fue quién sobre la base del espiral de Margulies, diseñó la conocida asa de Lippes, sin duda el DIU más utilizado en todo el mundo, aportando la innovación de la introducción de una guía en la cola, que ayuda a su localización y extracción.

Apenas después de la segunda guerra mundial, Gregory Pincus (EUA) inició la búsqueda de un contraceptivo, tolerable, efectivo y fácilmente aplicable. Utilizó la combinación de un estrógeno y un progestágeno, con la finalidad de suprimir la ovulación.

El primer preparado, la primera “píldora” del mundo, que luego de ser probada con las mujeres de Puerto Rico, fue puesta su uso en escala en 1959, contenía una dosis extremadamente alta de hormonas; no obstante, la píldora de Pincus no ha perdido vigencia hasta la actualidad, si bien se han reducido bastante las dosis de ambos compuestos.

### ***Métodos Anticonceptivos actuales***

En la actualidad existen para lograr un embarazo responsable una gran gama de métodos, considero que la elección del mismo debe ser mixta, es decir, la resultante de la preferencia de la mujer o de la pareja, en cuanto a ciertas características personales, exigencias que impone el ámbito social, económico y el riesgo de enfermedades de transmisión genital como el VIH-Sida y la del ginecólogo, quién ayudará y orientará en seleccionar el método. El profesional también averiguará sobre su estado de salud general, así como de un examen ginecológico, incluyendo colposcopia, Papanicolau y examen mamario, dado que determinadas características podrán restringirle o limitar le el uso de un tipo de método.

También le hablará de la eficacia de cada uno de ellos, por tal motivo les he confeccionado una tabla acerca de los distintos métodos y de su eficacia aproximada.

<b>Método</b>	<b>Eficacia aproximada</b>
<b><i>Barrera</i></b>	
● Condón	40-60%
● Diafragma	30-60%
● DIU	90-95%
● Condón vaginal	50-60%
<b><i>Locales-químicos</i></b>	
● Espuma	40-50%
● Esponja	40-50%
● Óvulos	60-70%
● Crema	60-70%
<b><i>Hormonales</i></b>	
● Comprimidos	95-98%
● Inyectables	90-95%
● Implantes	95-98%

- Anticoncepción de emergencia 60-70%

### *Naturales*

- Ritmo 40-50%
- Billings 40-50%
- Temperatura 20-40%
- Coito interrumpido 30-40%

### *Definitivos*

- Salpingoclasia 98-99%
- Vasectomía 98-99%

Evidentemente, como pudieron leer hay una gran variedad de métodos, todos, como luego les detallaré tienen sus ventajas y desventajas, pero lo importante a tener en cuenta es que *no existe el anticonceptivo ideal* y deberán una vez que lo hayan adoptado, continuar asistiendo al consultorio del especialista o de salud sexual y reproductiva del hospital para efectuarse controles, detectar errores así como para consultar acerca de nuevas dudas.

### *Métodos naturales*

*Coito interrumpido*: Tal vez sea uno de los métodos más antiguos. Ya como les comenté anteriormente en el antiguo testamento se hacía referencia a él como “el pecado de Onán”. Se basa en el hecho de interrumpir el coito antes de la eyaculación, y aún hoy se sigue utilizando en un alto porcentaje.

Este método tiene una eficacia bastante dudosa pues durante el coito se producen, con frecuencia, pequeñas emisiones de semen.

Es prácticamente imposible controlar el acto del amor con la voluntad, por ello, en algunas oportunidades se produce la eyaculación dentro de la vagina, sobre todo si la mujer tiene un orgasmo o el hombre eyaculación precoz.

Este método, además, suele tener sus consecuencias psicológicas, tanto para el hombre como para la mujer. Permítanme aseverar mejor mi afirmación con la siguiente metáfora: si a un individuo se le muestra su más preciado manjar y él lo mira, lo toca, lo huele, toma una porción del mismo, se lo está llevando a la boca... y en ese preciso momento lo toman de su mano y se lo retiran. Nuestro personaje sufrirá como menos cierta frustración que, si se repite en varias oportunidades, este contratiempo se transformará en poco tiempo en una neurosis (Neurosis reales, S. Freud).

*Abstinencia periódica*: Este método tiene un significado especial para la iglesia católica, dado que autoriza su empleo en determinadas ocasiones. Es popular en países como Estados Unidos y Canadá.

Para aclarar el efecto contraceptivo de la abstinencia periódica, debo remitirme a algunos hechos biológicos: Ante todo existe un interrogante esencial: ¿puede identificarse un período apto para la fecundidad y otro para la infecundidad durante el ciclo sexual femenino? El investigador japonés Oghino, sobre la base de estudios clínicos, logró ubicar la ovulación en un determinado momento del ciclo. Estudiando ovarios mediante laparotomías, llegó a la conclusión que la ovulación ocurre entre los días catorce a dieciséis del ciclo, es decir, contando desde el primer día de la

menstruación. A su vez para los espermatozoides calculó una vida máxima de tres días. De esta manera obtuvo un período de fertilidad que abarca del día doce al diecinueve del ciclo. En otras palabras, para un ciclo “ideal” de veintiocho días de duración, la mujer puede ser fecundada desde el día diez al día diecisiete de su ciclo. Otro investigador, Knaus, llegó a conclusiones similares.

Desde el punto de vista estrictamente fenomenológico, este método (Oghino-Knaus) está expuesto al fracaso debido, en primer lugar, a desplazamientos cíclicos que suelen ocurrir en toda mujer. Estos desplazamientos son originados, entre otros motivos, por enfermedades febriles, intervenciones quirúrgicas, accidentes, trastornos psíquicos, viajes con grandes cambios horarios o de climas, inclusive se ha podido demostrar que tal variación puede ocurrir ante determinadas relaciones sexuales.

Considero que este método es poco aconsejable, piensen en la metáfora que utilicé al respecto del método anticonceptivo anterior; *es mejor ingerir el manjar cuando se tienen ganas y no cuando lo ordena el calendario.*

*Método de la temperatura:* Se basa en determinar los días fértiles de la mujer, con la ayuda de la medición de la temperatura corporal. El primero en aplicar las variaciones de la temperatura basal para determinar los días no fértiles fue el sacerdote católico Wilghem Hillebrand. Por este descubrimiento, este sacerdote fue honrado con el título de “Honorable Doctor en Medicina” en la Universidad de Colonia (Alemania).

Con la ayuda de la temperatura matutina, tomada antes de levantarse de la cama y realizar cualquier tipo de movimientos, se puede lograr determinar el momento de la ovulación con un margen de error de dos a tres días. Se debe registrar la temperatura en una planilla desde el primer día de la menstruación. Es común que durante los primeros quince días la temperatura registre un valor que oscila entre los 36.5 y los 36.8°C y que aumenta luego en aproximadamente 6 décimas de grado, hasta llegar a la próxima menstruación.

Esta variación corresponde a la segunda etapa del ciclo llamada “etapa progestacional” dado que el ovario a través de la formación del *corpo lúteo*, que es el sitio de donde se desprende el óvulo formándose un hematoma; el hematoma se torna con los días de color amarillo, de ahí el nombre de *corpo amarillo* o *corpo lúteo*, que secreta una hormona: **progesterona**. Esta hormona tiene entre otras características, la de ser “termogénica”, es decir que genera un incremento de la temperatura corporal.

Este método no es muy seguro, pues las condiciones para su uso es tener en primer lugar una gran autodisciplina. Además, como se podrán imaginar, durante una importante cantidad de días debe practicarse la abstinencia, resultando-por razones obvias-un método muy exigente, sobretodo para parejas jóvenes.

Por otra parte, la temperatura se eleva a los dos o tres días de producida la ovulación, este período de ventana puede generar errores que aumentan la inseguridad de esta forma de protección.

### ***Métodos mecánicos***

*Condón-* Según las estadísticas, podemos incluir al condón en el grupo de los métodos “relativamente seguros”, seguridad que puede aumentar cuando se los complementa con una jalea anticonceptiva como el cloruro de benzalconio, que tiene además un alto poder germicida y antiviral. Según trabajos realizados en el Instituto Pasteur de París por el investigador Jean Claude Charman, esta sustancia destruye al VIH-Sida.



El VIH-sida sigue siendo en la actualidad una de las causas de muerte más frecuentes del planeta. Por el momento no se ha descubierto una vacuna eficaz para prevenir esta infección, el único método (que correctamente utilizado) la previene es el uso de preservativos, que además evita el contagio de otras enfermedades de transmisión genital como la gonorrea y la sífilis.

*Diafragma vaginal*- El diafragma fue uno de los métodos más frecuentemente recomendados para el control de la natalidad hasta hace unos treinta años atrás. Consta de una espiral de alambre recubierta con látex y de un diafragma de látex elástico. Se fabrica en diferentes medidas que van desde los cincuenta a los noventa milímetros de diámetro. Es el ginecólogo quien debe tomar estas medidas, de lo contrario se puede elegir un diafragma demasiado pequeño-que no producirá una impermeabilización confiable- o uno demasiado grande- que ocasionaría una sensación de presión permanente-.

Este dispositivo debe ser colocado por la propia mujer, y generalmente es el médico quien le enseña su modo de inserción.

No debe retirarse antes de las ocho horas después del coito, hecho que genera un inconveniente, dado que la mujer posee en su vagina una gran cantidad de gérmenes que son saprofitos y forman un ecosistema, que al ser alterado, como en este caso por la colocación de un cuerpo extraño, proliferarán causando una infección vaginal.

*DIU (Dispositivo intrauterino)*- Como lo manifesté anteriormente, la contracepción basada en elementos colocados en el interior del útero es un principio con milenios de antigüedad. La primera descripción sobre la aplicación de “elementos” intrauterinos para la contracepción en humanos figura en el tratado “Enfermedades femeninas” de Hipócrates.

Actualmente contamos con tres tipos distintos de dispositivos intrauterinos. Los mencionaré por orden de antigüedad: a) Los que están hechos con un material plástico especial, compatible con el tejido uterino (el más conocido es el lazo de Lippes). b) Los recubiertos en su tallo con un hilo de cobre extremadamente delgado. Este modelo aporta mayor seguridad, pues al liberar iones de cobre y al producir una disminución del pH intrauterino obtiene un efecto anticonceptivo adicional. Estos DIU con cobre deben ser reemplazados antes de los tres años ya que, el cobre con el tiempo se vuelve quebradizo. c) Los que contienen una hormona en su interior (gestágeno), que es liberada lentamente al medio.

Existen distintos tamaños, según los modelos, con el fin de que el elemento se adapte mejor a la forma y longitud de la cavidad intrauterina.

En cuanto a su acción como anticonceptivo se han descrito tiempo atrás diversas teorías. Se pensó que actuaba mediante la producción de una endometritis crónica, numerosos trabajos demostraron que tal inflamación generalmente no existe, observándose que luego de las cuarenta y ocho horas de su aplicación la cavidad uterina estaba libre de gérmenes. También se pensó que su efecto era de ser abortivo, es decir que impedía la anidación del huevo.

Se ha demostrado, mediante diferentes técnicas, que la colocación de un cuerpo extraño en la cavidad intrauterina, sea cual fuere su característica y forma, produce una acidez (disminución del pH) en la cavidad uterina, hecho que hace imposible la supervivencia de los espermatozoides en ese medio. Por lo tanto, se desprende que su acción es la de ser un espermicida, es decir, impide que se produzca la gestación.

El DIU debe ser aplicado por un profesional experimentado y que mantenga todas las medidas de bioseguridad. Se realiza en forma ambulatoria en el consultorio médico y no requiere el uso adicional de anestésicos. Su control posinserción debe ser periódico, mediante el simple examen ginecológico y ecográfico.

Las complicaciones que se pueden observar con este método son el incremento de la pérdida de sangre menstrual, pequeño sangrado postcoito o luego de realizar algún tipo de ejercicio físico. Estas molestias generalmente se producen los primeros tres meses, hasta que se adapte el dispositivo al útero. También en este período, con poca frecuencia, puede producirse la expulsión espontánea del DIU.

En resumen, se puede afirmar que este método es muy seguro, con escasos trastornos secundarios que, en caso de ser intensos, son reversibles con la terapéutica adecuada.

### ***Métodos químicos***

El mecanismo de acción de los anticonceptivos químicos está dado principalmente en el efecto espermicida de las sustancias empleadas.

La manera de aplicación varía de acuerdo con las propiedades del contraceptivo. Las tabletas, los óvulos y los supositorios deben ser introducidos en la vagina 5 minutos antes del coito. La condición para que estos preparados se disuelvan a tiempo es que la mucosa vaginal esté lo suficiente húmeda.

La tolerancia a estos métodos anticonceptivos es generalmente buena. Rara vez producen irritaciones. A pesar de ello en determinados casos pueden ser rechazados por las mujeres. Tal vez esto se deba a que la manipulación de sus propios genitales por parte de la mujer preanuncie algo que, a nivel inconciente no permita ser preanunciado. Pienso que algo similar ocurre en el hombre con el uso del condon.

Los contraceptivos químicos que se comercializan contienen casi sin excepción, sustancias activas superficiales como el nonoxinol, el cloruro de benzalconio y el octoxinol

Se suele recomendar el empleo simultáneo de químicos con el condon o el diafragma vaginal. Este tipo de combinación es preferida por algunos servicios de salud sexual y reproductiva en diversos países pues, de esta manera se reduce a la mitad el porcentaje de fallas que presentan cuando se usan separadamente.

### ***Anticonceptivos hormonales***

Es uno de los productos medicinales más consumidos en todo el mundo. Se calcula que unos diez millones de mujeres en los Estados Unidos y alrededor de sesenta millones en todo el mundo los toma en la actualidad. Esto significa que una enorme cantidad de mujeres entre los quince y treinta años de edad esté marcada a diario por la toma de una medicación contra un trastorno que no sufre, una medida profiláctica para una contingencia que no puede materializarse.

El aumento de la población mundial es uno de los problemas de la época moderna, incremento que es mayor en los países pobres en vía de desarrollo. Hoy comprobamos que las palabras del Antiguo Testamento: “Creced y multiplicaos” han sido cumplidas religiosamente, no sólo por los lectores de la Biblia sino también por aquellos que jamás recorrieron sus páginas.

Thomas R. Malthus dio origen a interminables polémicas, pues se opuso al crecimiento demográfico ilimitado del hombre. La conclusión de Malthus fue: “El poder de la población es infinitamente más grande que el poder de la tierra para producir alimentos,

una desigualdad que algún día será un obstáculo infranqueable en el camino de la perfectibilidad de la sociedad”.

Los progresos de la medicina y de la salud pública han producido una significativa disminución de la morbilidad y un aumento de los, años de vida. Así, la ciencia médica ha tomado la responsabilidad de controlar la superpoblación.

Con este fin, diferentes drogas dominan la fertilidad humana.

Los anticonceptivos hormonales constituyen, evidentemente, el método más eficaz de control de la fertilidad, pero la incidencia de efectos secundarios debe sopesarse contra las consecuencias del crecimiento demográfico.

Los anticonceptivos hormonales orales están fundamentalmente compuestos por dos hormonas: los estrógenos y los progestágenos.

En la actualidad la dosificación de estrógenos de cada pastilla ha disminuido su concentración de manera significativa, se ha buscado una mejor y efectividad con una mínima dosis. Es así como hoy en día se tiene una concentración que corresponde al 40% de concentración usada en los años 60. Lo cual implica menos o muy pocos efectos colaterales.

En el caso de los gestágenos se han seleccionado aquellos mas selectivos y menos nocivos para el organismo.

Correctamente utilizados poseen una eficacia del 99%.

Según la combinación hormonal tenemos:

\* Monofásicos: Igual concentración de estrógenos y progestágenos en todas las pastillas

\* Bifásicos: 11 pastillas contienen una concentración diferente a las 10 restantes.

Como actúan:

- inhiben la ovulación
- Inhiben el crecimiento folicular
- Hacen más espeso el moco cervical, dificultando la penetración del espermatozoide.

Ventajas:

- Comodidad de uso
- Muy alta eficacia
- Bajo costo
- Muy baja carga hormonal en los más modernos

Desventajas:

- El uso de antibióticos puede disminuir su efectividad
- Las diarreas dificultan su absorción
- En algunas mujeres puede haber dolor de cabeza, náuseas, dolor y tensión mamaria
- Disminuyen la absorción de ácido fólico, por lo tanto recomiendo su complementación durante todo el tiempo en que se tomen

Beneficios:

- Regulan el período menstrual
- Menor sangrado menstrual
- Disminuyen el dolor menstrual
- Las presentaciones actuales no afectan el peso corporal

Contraindicaciones:

- Enfermedad vascular severa.
- Embarazo
- Cáncer de mama
- Hepatitis
- Antecedente tromboembólico
- Fumadoras
- Uso de anticonvulsivantes
- Diabetes.

### ***Anticoncepción de emergencia***

Consiste en la administración de un preparado hormonal luego de una relación sexual, en la cual existe riesgo de embarazo, bien porque no se haya utilizado un método contraceptivo o bien haya fallado el método (rotura de condon, olvido de píldora...).

Se debe tener en cuenta que este método no debe utilizarse en forma regular y en caso de necesidad debe ser administrado dentro de las 72 horas de producido el coito.

El medicamento recomendado por la OMS es 1.5 mg. de levonorgestrel administrado en una sola dosis.

En cuanto al mecanismo de acción, se ha demostrado que este medicamento (levonorgestrel), previene la ovulación y no tiene un efecto detectable sobre el endometrio (revestimiento interno del útero). No son eficaces una vez que la implantación del huevo se ha iniciado, por lo tanto *no son abortivas*.

Su porcentaje de eficacia está entre el 60 al 90%, dependiendo que se lo utilice los más cercano posible a la relación sexual.

### ***Contracepción definitiva***

*Salpingoclasia:* La esterilización quirúrgica femenina es una solución definitiva, si bien se puede afirmar que es uno de los métodos más efectivos, debemos tener en cuenta que su irreversibilidad es uno de los principales problemas, debido entre otros al alto número de parejas que se han arrepentido después de haber tomado tal decisión, siendo esto mucho mas frecuente en los casos de segundos o sucesivos matrimonios. Asimismo han merecido críticas las políticas enfocadas a esterilizaciones masivas en poblaciones rurales o indígenas.

La salpingoclasia es un procedimiento quirúrgico en el que las trompas de Falopio-que transportan el óvulo desde el ovario hasta el útero-se atan y se cortan, se cauterizan, se cierran con un anillo o grampa, perdiendo así definitivamente su fertilidad.

*Vasectomía:* Es sólo una pequeña incisión en los conductos deferentes que transportan los espermatozoides desde los testículos a la uretra. Al cortar y cauterizar estos conductos, se bloquea el paso de los espermatozoides pero no la eyaculación, aunque el semen no contenga estas células, pues no se interrumpe la secreción del líquido prostático.

Se ha podido comprobar en algunos casos de mujeres que se han realizado la salpingiclasia una disminución del placer sexual y, al consultar con psicoanalistas, ellos me han asegurado que precisamente la idea de la esterilidad definitiva puede ser la causa.

Por el mismo motivo, la vasectomía en algunos casos puede causar disfunción eréctil en el hombre.

Pienso que si las trompas deben extirparse, por ejemplo por tumores o procesos inflamatorios, la elaboración psicológica es diferente. El correlato inconsciente es que la intervención quirúrgica fue necesaria para mejorar una función o salvar la vida.

-----Aquí comienzan los  
Diálogos-----

En los temas que giran en torno al amor el número “dos” parece tener un ascendiente fundamental, lo mismo ocurre con el diálogo.

Cuando dos personas se ponen a hablar del amor y de la vida se resume en ellos el pasado, el presente y la única oportunidad de futuro para la especie humana.

El amor, siempre el amor como origen del sentido de vivir.

Hace pocas horas que acaba de arribar procedente de Rio de Janeiro, mi gran amigo el Dr. Roberto Curi Hall, ya lo tengo frente a mí, sentado en el escritorio y dispuesto a comenzar el diálogo, grabador en mano, leyendo lo que acabo de redactar en cuanto a los conceptos básicos de la concepción y anticoncepción. Les confieso que ignoro si estará de acuerdo o no con todo lo que les he comentado. Pero pienso que tanto ustedes como yo lo descubriremos a través del coloquio que en pocos minutos comenzaremos. Escribir un libro es como concebir un hijo, y para concebir hacen falta dos. Dos seres humanos que se tengan mucho amor y respeto y que estén dispuestos a amar al otro, en este caso el lector.

La verdadera amistad se funda precisamente en el amor. Haber tenido la dicha de conocer a un ser humano como Roberto fue uno de los mayores logros que la vida me obsequió.

El asociarme con él para escribir este trabajo, desde ya, no está fundado sólo en el amor, sino también a sus cualidades como profesional, su visión holística y pragmática del ser humano, su inquietud en investigar profundamente todo lo concerniente a las relaciones humanas, que van mucho más allá de lo que significa el psicoanálisis en lo teórico. Se ubica en un lugar equidistante con la praxis de lo cotidiano y el saber que da la experiencia de haberse contactado y trabajado con gente de todas las edades y grupos sociales.

Por sobre todo, el profundo amor y respeto que Roberto tiene por su familia, su mujer y sus hijos, considero que es lo que constituyen la base de cada uno de sus trabajos.

M Estuvimos pensando que el título de este capítulo podía ser “El embarazo deseado y no deseado” como dos hechos totalmente distintos, ¿Cuál es, según tu manera de pensar, la diferencia entre el deseo y el no deseo del embarazo?

R Toda producción humana constituye la expresión de un deseo. Ese deseo, que a veces se manifiesta en desacuerdo con la voluntad, contrariándola aparentemente, responde a las articulaciones del sujeto.

M ¿Qué es lo deseado y que es lo buscado? Yo considero que el deseo es algo que pasa por el inconciente, que está más allá de la conciencia. Esto es lo que los psicoanalistas llaman, desde Freud, el inconciente. También en mi opinión, otra cosa es lo que uno busca con independencia del deseo.

R El deseo es el representante psíquico de una pulsión. Las pulsiones son propias del ser humano, son formas energéticas de manifestación del sujeto.

Las primeras relaciones del bebé con su madre determinan en él los registros en la memoria que dejan una marca, una huella, una representación fundante de todos los deseos. En estos registros se apoya el sujeto para buscar, incesantemente, el retorno a aquella vivencia de satisfacción.

Una vez organizada esta articulación, constituye una base para el resto de la vida, de la que dependen las nuevas articulaciones y las nuevas satisfacciones. Todas en conjunto, irán constituyendo el deseo propiamente dicho del ser humano.

Este deseo organiza en el sujeto la búsqueda, en última instancia, del placer de las relaciones posteriores. Conjuntamente, en la conciencia, se organizan las voluntades regidas por conveniencias momentáneas.

Ocurre muchas veces que una persona desea inconcientemente un hijo, aunque le diga no a ese deseo, pues la maternidad y la paternidad no serían oportunas en ese momento. Puede suceder también que el sujeto quiera disponer de más tiempo para formar su pareja, o que simplemente desee el placer “sin huellas” de una relación sexual.

M Quisiera que hables acerca de la ambivalencia en la mujer, ese querer y no querer embarazarse, y también que me comentes si lo que se busca es la inmortalidad a través del hijo.

R Tener hijos es una función natural del ser humano, preservar la especie, perpetuarse, es un afán donde se desarrolla un aspecto positivo del narcisismo: yo no me muero, mis hijos me mantiene vivo. Todos los seres son producto de la unión de otros dos que lo engendraron, esto constituye—en mi opinión—el núcleo de las funciones de ser padre y madre, identificación que se forma en un proceso muy largo, a medida que los pequeños asisten al desarrollo de muchas de las funciones de aquellos que los rodean. Se suma a esto algo innato: una serie complementaria. Es necesario diferenciar la imitación como acto volitivo y conciente. En la imitación se mimetiza el modo superficial de conducirse, sin ninguna participación del inconciente.

M Las nenas juegan con muñecas desde muy corta edad; piden a sus padres que les compren una cunita para sus “hijas” y cambian pañales, dan papilla a sus bebés de juguete. ¿Es esto el instinto maternal?

R Me resulta difícil asimilar la identificación con el instinto maternal. Sin embargo, yo creo que la cuestión de la concepción de la especie es algo innato del ser humano.

M ¿Esto tiene que ver con las pulsiones de vida y de muerte?

R Yo hablaría de la pulsión de autoconservación pues ésta es diferente de las pulsiones sexuales. Ya en 1920, Freud separó el instinto de vida—formado por las pulsiones de autoconservación y por las sexuales—del instinto de muerte.

M Muchas veces marchan juntos

R Sí, porque en sentido dialéctico siempre están presentes y fusionados, es un par dialéctico.

M ¿Que puede ocurrir con el instinto maternal de aquellas mujeres maltratadas en su infancia o que a muy temprana edad fueron abandonadas por sus padres?

R En el sentido de la identificación, el abandono constituye una forma de maltrato que se incorpora al sujeto. Esta persona tendrá huellas que se repetirán a lo largo de su vida; creará, por ejemplo, que vale menos que los demás, sentirá una minusvalía o la soledad, la certeza de no tener a nadie. Estos sujetos desarrollarán ideas depresivas y tendrán dificultades para confiar en si mismos y en los demás. Con tu pregunta me das lugar a hablar de quién abandona.

El filicidio es un hecho universal y la ambivalencia frente a los hijos es propia del ser humano. Se sabe que en la concepción, la ambivalencia—que conceptualmente significa amor y odio sentidos simultáneamente y con igual intensidad—son sentimientos que se desarrollan frente a la percepción del embarazo. La predominancia de uno sobre el otro marcará el destino del vínculo. Cuando el amor predomina sobre el odio, se consigue tener el hijo y cuidarlo. Cuando el odio predomina sobre el amor, ocurrirá un aborto y, si llegan a nacer los hijos, el abandono, el maltrato, **desde que se mantenga el vínculo a través del odio. Muchos padres evolucionan para otras formas de relación una vez que tengan el hijo o que elaboren esas nuevas funciones de ser padre y madre.**

Pero es importante destacar que todos los seres humanos tienen ambivalencia frente al embarazo, y que es mediante una elaboración de esa ambivalencia que puede llegarse al parto, desarrollando un apego por el hijo.

M Hablando globalmente sobre el amor, se dice, por ejemplo, que si busco una persona igual a mi mismo, realizo de alguna manera una elección narcisista ya que me enamoro de mi propio ser. Se dice también que una persona puede buscar aquel sujeto que cubra sus carencias con virtudes, complementándose así para formar una pareja ideal. Con respecto a estos dos ejemplos, ¿Qué elección de pareja realizaría una mujer abandonada por sus progenitores?, ¿Seleccionando una pareja abandonada, o buscaría el complemento que cubra su carencia de amor? Te lo pregunto dado que en las instituciones que ayudan a mujeres solteras abundan las mujeres que ignoran la identidad de sus padres y que, en algunos casos, crecieron en orfanatos.

R Yo creo que se sabe muy poco acerca de las “instituciones cerradas”. En una época, la clase media pensaba que los asilos y orfanatos sustituían a las familias, **en cierta forma, como grupo de pertinencia si, pero el sentimiento familiar no necesariamente se desarrolla con la institución, sino con personas que puedan estar allí, y no necesariamente.** Hoy sabemos que este concepto (**está errado,)** sustituir por es relativo), Lo que sí sucede es que, en los internados, el sentimiento fraterno se desarrolla en enormes proporciones: por una razón de supervivencia, los niños de más edad sirven de padres sustitutos y cuidan a los más pequeños. Por otra parte la existencia de violencias institucionales y en oportunidades reglas inhumanas marcan al sujeto. No se puede afirmar que el amor y el odio sean sentimientos que se viven exclusivamente en la

familia. Además si existe el abandono, el sujeto puede hallar modelos identificatorios que minimicen el impacto negativo de esa experiencia.

No niego que el abandono deje marcado al sujeto durante toda su vida, pero tampoco puedo afirmar que sea un factor totalmente determinante. El individuo (debe ser – sacar eso) educado para el amor (incluir: conocera otros modelos de identificación que no sea el abandono).

Nuestra cultura enseña que cosas no deben hacerse poniendo siempre el énfasis en lo negativo. Olvidamos enseñarles el amor. Dejamos que la maduración sea espontánea y no aprovechamos las capacidades individuales que desarrollarían en los niños el apego a los objetos y a las personas. Quizás sea importante contar brevemente como se desarrolla y como se expresa el amor en los individuos. En mi opinión, la historia del amor se construye sobre la base de los cuidados que se le prodiga al niño desde el primer momento de su vida.

Es importante la forma en que se lo acuna, como se le da el pecho, en que forma se le habla y se le sonríe. ¿Se le demuestra que es querido y aceptado, que el mundo lo recibe y que tiene un lugar en él?, ¿(Creer- sacar esa palabra e sustituir por: Lo que le es ofrecido es suficiente para que él incorpore la idea que las personas son capaces de cuidarlo? Cuando crezca responderá a (incluir: casi) todas estas circunstancias pues sabrá qué significa ser cuidado. Creerá o no en la vida, tendrá esperanzas o carecerá de ellas, creerá en los demás o desconfiará de las personas. Todo proceder deja una señal. Así, la violencia o la ternura que el adulto le prodiga cuando el niño deba controlar sus esfínteres, las exigencias culturales del entorno, su educación para la convivencia y el hecho de cómo se le enseña a nombrar lo que siente, vive o ve, todo organiza el amor en el sujeto. Las caricias, los besos, el valor que se otorga a lo que ve o siente, lo que él descubre desde el principio de la vida, suma las experiencias, las certezas y las esperanzas que construyen su historia.

Historia que reconocerá, o no, en otro la reciprocidad. En cada actitud está escrita la historia personal que no necesariamente es inconciente y que se repite en el teatro de la vida, como si ahí cada acto ofreciese la posibilidad de mostrar quienes fuimos y quienes somos.

En otro orden de cosas, me gustaría preguntar si en tu práctica médica es habitual que las mujeres perciban el embarazo antes del diagnóstico clínico o de laboratorio.

M No puedo generalizar, pero algunas mujeres acuden a la consulta, incluso con pocos días de atraso en su menstruación, con la certeza de estar embarazadas. Más aún, sus hijos, según lo manifiestan, también lo perciben y suelen tener diversas manifestaciones que van desde la alteración de la conducta hasta la incontinencia de orina. He asistido parejas que, incluso, afirman que el embarazo fue percibido, antes de su manifestación, por el mismo perro de la casa. Tal vez sea una actitud de la mujer la que da pistas al entorno. Por otra parte, observo también casos de falsa percepción. Sucede que algunas mujeres, en algunos casos asistidas por infertilidad, quienes han buscado durante mucho tiempo su embarazo, presentan amenorrea que puede deberse a la fantasía de embarazo. En ocasiones, incluso, les aumenta el tamaño del abdomen, tienen náuseas y hasta aumento del tamaño de sus mamas, a esto, tu lo sabes se le llama “pseudociesis”, es decir, falso embarazo.

R ¿Qué ocurre (aquí – sacar esa palabra) con el hombre?



M Me parece muy interesante tu pregunta porque no sólo tiene que ver con el concepto personal que tengo sobre este tema, sino con uno de los motivos que me llevaron a ser obstetra. Fui padre antes de haber tomado esta especialidad, y recuerdo que cuando mi mujer me anunció su embarazo les dije a mis amigos: me embaracé!! De verdad me sentía embarazado. Muchos de los que fueron padres y lean esto sabrán de lo que hablo, y algunos comentarán que hasta notaron cambios en su abdomen. Es sabido que existen culturas en las cuales el hombre dramatiza, actúa el parto de su mujer. A partir de esto, precisamente, surgió la idea de considerar a la pareja como entidad gestante y por lo tanto, de asistir a la pareja embarazada.

El hombre queda excluido de la gestación cuando su mujer le niega el lugar que naturalmente le corresponde, o cuando él mismo no supera su censura interna. Si el médico y todo el entorno permiten al hombre introducirse “dentro del embarazo”, dejándolo ejercer su paternidad, pasará de ser un mero espectador a convertirse en un verdadero padre.

R Según tu opinión, ¿no bastaría la voluntad del propio hombre para levantar las represiones que existen sobre su participación en algo que él también concibió?, o ¿es necesario que exista el apoyo del entorno y en especial de su mujer para que él participe?.

M Creo que somos nosotros, los especialistas, los culpables de esa exclusión. Debemos atender a la pareja y no pensar que sólo a la mujer es la que necesita atención ya que, como manifesté anteriormente, los embarazados son dos, la pareja, aunque sea la mujer la biológicamente depositaria del embarazo de ambos.

R ¿Aplicarías el mismo principio en cuanto a la elección del método anticonceptivo?.

M Desde ya, considero que se le debe ofrecer a la pareja una amplia y detallada información sobre los métodos anticonceptivos, dado que hay aún hoy, en la actualidad una gran ignorancia acerca de este tema. Luego a través de esa información es la pareja quien elige.

R Con respecto a la ignorancia que vos observas, ¿Consideras necesaria la educación sexual?

M Creo que tanto al hombre como a la mujer nos educa sexualmente el entorno: No debemos confundir educación sexual con educación genital. Si me permites el neologismo, se nos ha estado “deseducando” sexualmente, pues se nos obligó a reprimir todo aquello que recibimos instintivamente. La educación sexual debe ser la educación para la vida. Necesitaríamos una reeducación sexual para poder aceptar naturalmente todo lo que tenga que ver con ese tema y poder así borrar la impresión de que lo relacionado con la sexualidad tiene componentes patológicos y perversos, la educación que se recibe tiene más ribetes tántricos que eróticos, tu sabes muy bien que se esta erotizando la violencia y la muerte y banalizando el amor, sobretodo a través de los medios donde se le muestra a la gente, más que nada a los niños telenovelas, dibujos animados, series y hasta en los juegos de Internet donde se pone en primer plano todo lo relativo a la violencia: crímenes, masacres, violaciones, mucha sangre que impregnan las pantallas, y llamativamente las escenas de amor, besos, acercamientos sexuales, se ha establecido que deben propalarse en la horas “de protección al menor”. En una

palabra a los niños se los desprotege de la violencia y se los protege del amor. El amor está prohibido, la violencia no. Pasa lo mismo con la educación escolar de nuestros niños: se les informa sobre las batallas, guerras, muertes posicionadas como “gestas heroicas” de nuestros antepasados, eso lo tienen que saber, pero eso sí, si algún alumno quiere investigar sobre la vida amorosa o sentimental de alguno de los héroes es mirado como un “perverso”. Educar sexualmente debe ser educar para el amor, para la vida. Como te darás cuenta de eso no se habla, cuando hablo de amor, lo hago en el sentido más amplio del término y no solo del amor a la patria

R Lo curioso con respecto a las muertes que se ven en la televisión es que generalmente las personas que mueren no tienen familias. Los duelos no existen, no suele haber llanto y ni angustia por las pérdidas. La muerte se transforma, entonces, en algo vulgar y no hay espanto por la desaparición de un ser humano.  
Vos hablas sobre la vida misma.

M Exactamente, lo que tiene que ver con la vida misma no es lo que se enseña. Tomando como ejemplo el tema que estamos tratando en este capítulo, la enseñanza sobre métodos anticonceptivos, como te imaginarás han estado sistemáticamente vedados de nuestra educación. Considero que es deber educar, entre otras cosas, a los seres humanos desde niños sobre este tema, enfatizando que mientras la concepción es un hecho natural, la anticoncepción tiene que ver con embarazarse con responsabilidad, elegir el momento adecuado. Esto es lo que precisamente nos diferencia de los mamíferos inferiores.

Tú conoces muy bien que en nuestros países existe una elevada cantidad de embarazos en adolescentes que terminan por lo general de manera trágica. Por lo tanto, considero que la enseñanza de los principios de la concepción y de la anticoncepción ya no es una tarea inherente del médico, sino que compete a los maestros y profesores.

R ¿Que método anticonceptivo recomendarías?

M Como antes lo manifesté no existe el método ideal. Constantemente están saliendo al mercado nuevos métodos contraceptivos con algunas características ventajosas y otras que no lo son. En primer lugar los profesionales debemos estar actualizados y lo suficientemente informados y desde ya, no dejarnos atraer por algunos cantos de sirena que los laboratorios quieran que escuchemos. En algunas oportunidades nuevas drogas las acompañan con “trabajos científicos” de dudoso origen y cuyos autores carecen de prestigio e idoneidad conocida y en otras, con estadísticas poco serias. Debemos de estar muy alertas antes de prescribir cualquier método.

Un contraceptivo puede ser bueno para una mujer y desaconsejable para otra. Cada ser humano es único, tiene su propia historia, es así que lo mandante es en primer lugar escuchar a la mujer, a la pareja, entender cuales son sus hábitos, sus costumbres, sus proyectos. En segundo término realizar un metódico examen ginecológico y mamario, evaluar los antecedentes, y realizado todo esto, ponerles como si fuera una vidriera toda la gama de contraceptivos existentes y sus efectos secundarios, todos, quién más, quién menos los tienen.

Es la pareja quién debe elegir el método adecuado, el médico tendrá luego el poder de “veto”, si es que lo elegido resulta inconveniente a la mujer o a la pareja. Nuestro accionar debe limitarse a escuchar e informar en la forma más clara posible.

R A mí me llama la atención una cosa que vos decís y que creo sería interesante abordar (en éste libro sacar eso). (incluir Nosotros, sacar: los) médicos, a partir de tu línea de pensamiento, tenemos una tarea educativa muy importante, aunque no creo que estemos nunca totalmente preparados para ella. La llevamos a cabo, en el mejor de los casos intuitivamente, y muchas veces, en lugar de ayudar al conocimiento de las ventajas y desventajas de los distintos métodos, imponemos nuestra preferencia. Con respecto a este punto, te diría que existe una aparente división en la sociedad en dos grupos: aquél que tiene el conocimiento y a veces abusa de los contraceptivos, y otro grupo calificado como “ignorante”, pues está constituido por personas analfabetas o poco informadas. Para mí esta división es errónea, el hecho de no saber leer y escribir no implica que una pareja no pueda ejercer la planificación familiar.

Es sabido, por otra parte, que determinados gobiernos interfieren en este tema, dado que su interés es que los países del Tercer Mundo mantengan reducida su población. Un alto funcionario del gobierno de los EEUU dijo en una oportunidad que existe el peligro que las mujeres del Tercer Mundo den a luz guerrilleros en potencia.

Una determinada ideología postuló que los problemas de la humanidad se deben a los gastos e inconvenientes que acarrearán los hijos. Según esta ideología, las familias no estarían preparadas para atenderlos; lo mejor entonces, según ellos, sería reducir el número de nacimientos. Este tipo de pensamiento merece un examen ya que proyecta, en niños que ni siquiera aún existen, la incompetencia de los adultos. Los niños se convierten así en chivos expiatorios de nuestras enajenaciones.

M Comparto plenamente tu pensamiento. Creo, además, que no se debe recomendar en forma generalizada un determinado método. Por otro lado, he podido observar que en oportunidades, se compulsa a la pareja a usar anticonceptivos cuando ellos no lo tienen en sus planes.

R ¿El libre albedrío alcanza para garantizar que el método elegido es el más conveniente?

M Se a lo que te referís. Los médicos a veces tenemos ciertos prejuicios. Los que han tenido padres represores, por identificación, corren el riesgo de repetir los modelos. Los jóvenes o adolescentes que consultan a este tipo de especialistas para la prescripción de un determinado contraceptivo, se encuentran con respuestas como: “Ustedes son tan jóvenes y ya tienen relaciones sexuales, es una barbaridad!, ¿sus padres están al tanto?. Imagínate, sus progenitores les impartieron una educación liberal y de pronto se encuentran con un “padre represor”.

R Lo ideal es que (la libertad sustituir por: se críe e desarrolle una conciencia crítica a través de la educación, de la construcción de la ciudadanía, para que de esa forma sea posible la planificación familiar respetando cada situación singular. (sacar: sea estimulada, sin que cuenten las edades o las características personales.)

M Nuestra función debe ser la de concienciar a los jóvenes que embarazarse es algo muy delicado, que el ser humano producto de la concepción tiene el mismo derecho que ellos, el de ser amado, protegido y cuidado por sus padres en forma permanente. Esto es lo que se les debe inculcar, embarazarse “con responsabilidad”.

R Así es, se debe educar y estimular a la gente para un embarazo responsable.

M ¿ Qué cambios o trastornos psicológicos pueden generar el uso de contraceptivos?

R En los últimos años nos hemos ocupado de la represión sexual. Ahora bien, los hijos, productos finales de las relaciones sexuales y el grado de placer que implica la concepción, fueron temas muy poco estudiados. Si a un sujeto se le reprime el instinto de autoconservación de la especie, sufre males psicológicos equivalentes a aquellos que causa la represión del placer sexual. Freud afirmó que el impedimento del goce sexual de un sujeto genera neurosis. Considero que algo similar ocurre cuando un sujeto se ve impedido de tener hijos. Este tipo de neurosis no puede diagnosticarse inmediatamente o en el corto plazo. El malestar psíquico puede adjudicarse a hechos cotidianos y obviar el “sentido histórico” del problema.

Cuando una pareja decide no tener más hijos, se **(incluir: puede producir al invés de produce)** un conflicto muy importante referido al duelo que genera el hecho de no engendrar. Yo diría que se establece una especie de “menopausia psicológica” pues, antes que los hechos biológicos que impidan el tener hijos, se decide no engendrarlos. Esta actitud promueve frases como: “Ahora cuidaremos a nuestros nietos”. Observo que las personas que toman esta decisión, si tienen hijos adolescentes, incrementan la represión de la vida sexual de éstos. Por otra parte, cuando nace un bebé de una pareja que tiene hijos adolescentes, los chistes arrecian. Evidentemente, los deseos de gestar gritan más fuerte que las voluntades, y las ganas de perpetuar la especie superan los prejuicios de que los hijos y nietos molestan. Sucede que la función de ser padre y madre es difícil de abdicar.

M Estaría muy interesado en saber cual es tu opinión acerca del coitus interruptus, práctica que considero frecuente, yo hice al respecto una metáfora con el manjar que es retirado en el momento menos oportuno, ¿es vivido así?

R Pienso que esta impresión corresponde a la mujer en realidad pues el hombre si goza el manjar, “fuera” de la mujer pero lo disfruta; ella, en cambio es la que se queda sin manjar. Freud señala muy bien en sus descripciones, aunque las haya escrito hace más de un siglo, que las mujeres poseían una neurosis real por no tener orgasmos. El problema femenino con respecto a este método anticonceptivo radica en que el hombre interrumpe el coito antes que la mujer tenga un orgasmo. Quiero hacer otra observación: el uso de anticonceptivos **(incluir: puede generar micro)** depresiones cíclicas en la mujer y coinciden con la ovulación. Además creo que los métodos anticonceptivos que interfieren con el funcionamiento del organismo—como es el caso de la píldora---son más nocivos aún que los métodos mecánicos. La píldora causa transformaciones importantes dentro de todo el sistema, por eso es curioso el hecho que sea método más difundido. **(Incluir: El sistema del cuerpo humano obedece a reglas que le dan un equilibrio singular, entonces cualquier interferencia innecesaria o en ese sistema, tendrá que justificarse como más conveniente que el perjuicio de su abstención. Así que cualquier método contraceptivo que traiga más síntomas o efectos colaterales que beneficios deberá ser sustituido por otro más conveniente).**

Te diría, incluso, que los anticonceptivos hormonales ejercen cierto grado de violencia sobre el organismo de la mujer y disminuyen sus deseos sexuales. Los métodos mecánicos, en cambio, son despreciados pues parece que con ellos uno confiesa deseos y voluntades “prohibidas” como es el hecho de gozar sin concebir.

M Estoy de acuerdo. He observado a través de la práctica diaria, que, en ocasiones, se producen cierto tipo de alteraciones del ciclo en las mujeres que toman anticonceptivos hormonales, desde falta de menstruaciones, metrorragias intracíclicas y con determinados preparados incremento del peso corporal y, desde ya disminución de la libido acompañada de un cuadro depresivo. Por tal motivo considero, que las mujeres, luego de adoptar cualquier método, especialmente los hormonales, deben concurrir al control médico con cierta frecuencia. El ginecólogo, por otro lado, además del examen debería escuchar con mucha atención acerca de los cambios psicológicos acontecidos durante la administración del fármaco.

Nos detuvimos ante esa vidriera.  
Los muñecos, sábanas y batitas,  
Las medias diminutas y los zapatos minúsculos  
eran de otro mundo,  
tan ajeno.  
Y sin embargo, vos y yo,  
nos detuvimos ante esa vidriera.  
El placer es nuestro compañero desde hace meses  
y no hay quejas.  
La decisión fue de a dos, plena,  
y no hay quejas.  
Entonces, ¿porqué, cinco cuadras adelante,  
todavía arrastramos el fantasma de la vidriera?.

Graciela G. Clivaggio





