



**IdIHCS** | Instituto de Investigaciones en  
Humanidades y Ciencias Sociales  
Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género

## Eje 4

Identidades: entrecruzamientos de género, etnia, clase  
Coordinadoras: María Silvana Sciortino y Violeta Benialgo

Sentidos vinculados a las prácticas en la salud sexual y reproductiva de  
trabajadoras/es u usuarias en la zona sur de la CABA

Zaldúa, Graciela; Pawlowicz, María Pía; Longo, Roxana; y Moschella, Romina  
Instituto de Investigación. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires  
[rominamoschella@yahoo.com.ar](mailto:rominamoschella@yahoo.com.ar)

### Introducción

Desde la perspectiva de la Psicología Comunitaria y el enfoque de género, el presente trabajo tiene como *objetivo describir los sentidos atribuidos a las prácticas en salud sexual y reproductiva (SSyR)* que posibilitan u obstaculizan el acceso oportuno a una sexualidad libre y placentera y a una vida reproductiva fundada en decisiones sin violencias, de las beneficiarias de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) y de trabajadoras/es de la salud.

Partimos del supuesto de la existencia de tensiones y obstáculos entre las normativas convalidantes que tienden a la igualdad y equidad social en derechos sexuales y reproductivos y la implementación de políticas públicas y prácticas preventivas de salud congruentes para enfrentar las desigualdades sociales y culturales en el acceso a la SSyR. El marco legal vigente a nivel nacional (la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (Nº 25.673), Ley de Migración (Nº 25.871), la Ley de Sida (Nº 23.798), la Ley Educación Sexual Integral (Nº 26.150), la Ley de Protección Integral a las Mujeres (Nº 26.485), entre otras y el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) cuya adhesión fue actualizada por Argentina en marzo de 2007, establecen *la igualdad entre las mujeres de diferentes estratos sociales*. La Argentina ha sido signataria de compromisos en los ámbitos: internacional, regional y nacional. Se responsabiliza a los gobiernos por la implementación de políticas, programas y acciones tendientes a lograr la disminución de las muertes maternas. No obstante, diversos factores tales como los sentidos, creencias y perfiles de formación de las y los trabajadores de la salud; los intereses de estos en el ejercicio de la profesión en el sector privado y el apego a ciertas prácticas de modelo asistencial tradicional pueden obstaculizar la efectiva implementación de las políticas públicas (Cappuccio, Nirenberg, Pailles, 2006 citado en Zaldúa, Pawlowicz, y otros, 2010). Todo proceso asistencial en torno a la salud tiene aspectos ideológicos que se encarnan en las representaciones, valores, actitudes y en las modalidades de organización institucional que se relacionan con las prácticas sanitarias y preventivas. Por lo tanto, la asistencia en SSyR no se trata de un asunto meramente técnico o de mera transmisión de información sino que la puesta en práctica de las técnicas está enmarcada en una determinada visión del mundo en la cual se actualizan tensiones y contradicciones (Comelles, 1985 citado en Romani, 2008, Weller y Wagner Sousa Campos, 2006).

Las significaciones imaginarias, las operatorias de discriminación, estigmatización y marginación vinculadas al racismo y sexismo, y el ejercicio de diferentes modalidades de violencias sostienen tradiciones culturales patriarcales que operan como obstáculos al acceso a los derechos sexuales y reproductivos, y a la autonomía de las decisiones vinculadas al propio cuerpo. Resulta necesario pensar la ciudadanía y los géneros tanto en relación a las inequidades de género como al poder patriarcal, articulado en ocasiones al ejercicio del poder médico y psicológico hegemónico (Zaldúa, Longo, y otras, 2010). En ese sentido, la interpelación a las prácticas en SSyR y sus efectos clínico/sanitario y políticos permiten revisar las responsabilidades y significaciones productoras de subjetividades diversas.

#### *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres en la Argentina*

Según las Estadísticas Vitales (M inisterio de Salud de la Nación, 2010) en el año 2009 fallecieron 429 mujeres en edad fértil (10 a 49 años) por causas asociadas al embarazo, parto y/o puerperio. Se registraron a nivel nacional 5,5 fallecimientos de mujeres por cada 10 mil nacidos vivos. Esta cifra es preocupante en relación a años anteriores, dado que en 2007 se registraron 306 muertes en mujeres gestantes y en 2008 fueron 296. Durante el 2009, las cifras mostraron altos niveles de desigualdad expresados en brechas territoriales muy marcadas. En Río Negro la misma tasa fue de 1,7 y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CA BA ) de 1,8. En cambio, en Formosa llegó a 15 y en Catamarca a 16. La primera causa de mortalidad (20,3%) fue la ocasionada por embarazos terminados en abortos, que involucró 87 casos. Sobre estos últimos, 24 correspondieron a mujeres jóvenes de entre 25 y 29 años, y 8 a menores de 19 años. Las otras muertes fueron ocasionadas por diversas causas obstétricas directas (38,5%) e indirectas (36,8%).<sup>21</sup>

#### *La salud de las mujeres endeudada ¿Avances o retrocesos?*

Las metas internacionales más importantes en el área de salud son reducir la mortalidad materna en un 75%, reducir la mortalidad neonatal en un 50%, y lograr el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar para el año 2015, en consonancia con el reporte de 2009 de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM ). Por su parte dentro de los objetivos sanitarios destacados, se encuentra el disminuir en un 30% las Tasas de los nacidos vivos de adolescentes de 15 a 20 años y disminuir en un 50% la tasa de Embarazos adolescentes de las adolescentes menores de 15 años (M inisterio de Salud de la Nación, 2010).

En este contexto, en particular *las mujeres migrantes* afectadas por la triple discriminación de clase, etnia y género, y por experiencias subjetivantes marcadas por el sometimiento patriarcal, se posicionan desde una ciudadanía restringida en relación al acceso al derecho a la salud en general y a la SSyR en particular. Las mujeres migrantes, no sólo afrontan las desigualdades de género sino también las barreras étnicas y racistas en cada país de acogida. La presencia del estigma por ser migrantes es una de las constantes que se manifiesta a través de actitudes de rechazo y trato ofensivo. Dificultades tales como la explotación y las condiciones de trabajo precarizadas, problemas relacionados con la documentación, desintegración de la trama familiar, y la violencia social, simbólica y de género impactan no sólo en la vida cotidiana sino también en la subjetividad, en especial en las identidades de género (Zaldúa, Longo; y otros; 2010). Un aspecto fundamental de la estrategia para enfrentar este problema es la adecuación cultural de los servicios de salud y el enfoque integral del tema, centrado en todas las etapas del ciclo vital, condición cultural, y/o étnica de la mujer (CEPAL, 2010).

#### *Metodología*

Se trata de una línea de investigación en el marco del proyecto de Investigación UBA CyT P020 "*Estudio sobre las políticas públicas preventivas y promocionales en situaciones de vulnerabilidad, desde un enfoque de Psicología Social Comunitaria*", dirigido por Graciela Zaldúa. El diseño de investigación fue descriptivo y cualitativo. Se realizó observación participante en Consultorios Externos y en Salas de Espera de dos Centros de Salud y de un Hospital Público especializado en salud materno infantil en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La triangulación de instrumentos involucró la administración de entrevistas en profundidad a trabajadoras/os de la salud, y entrevistas en profundidad y un cuestionario semi-estructurado a usuarias de esos mismos servicios. El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 2009 y julio de 2011.

---

<sup>21</sup> Entre las directas se encuentran: trastornos hipertensivos, placenta previa, hemorragia anteparto y postparto, sepsis y otras complicaciones relativas al puerperio. Y entre las causas obstétricas indirectas, 33 defunciones fueron certificadas como Gripe A H1N1.

Se indagó sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, el acceso a los métodos anticonceptivos, la atención de la violencia sexual; la prevención/atención de Infecciones de Transmisión Sexual y de VIH/sida la consejería en SSyR y la atención del aborto no punible.

Desde la perspectiva interpretativa crítica del discurso, se realizó un análisis categorial sobre los sentidos atribuidos a las prácticas en SSyR en general y sobre la violencia de género en particular como eje transversal. Se incluyeron los discursos de las usuarias dado que los/as sujetos y los grupos sociales se constituyen en *el agente* que utiliza y organiza diferentes saberes y formas de atención en términos de *autoatención* (Menéndez, 2009).

Las muestras fueron intencionales conformadas por 42 usuarias, y 12 trabajadores/as de dos centros de salud y de un hospital público especializado en salud materno-infantil, ubicados al sur de la CABA. Los criterios de inclusión de la primera muestra fueron la edad (de 18 a 50 años), que sean beneficiarias de los Programas de SSyR y que esa no fuese su primera asistencia al establecimiento. Las mujeres que participaron del estudio eran en su mayoría de sectores pobres del sur de la CABA y del conurbano bonaerense. Tenían estudios primarios incompletos o completos y sólo en pocos casos habían iniciado el nivel secundario sin completarlo. La segunda muestra estuvo conformada por: 2 administrativos, 4 médicos/as especialistas en Obstetricia y Ginecología, y generalistas; y 6 no médicos con formación en Enfermería, Psicología, Trabajadora Social y Obstetricia.

#### Resultados

##### *¿Quién decide y por quién?*

Los relatos de las mujeres y de los/as trabajadores/as de los servicios de salud dan cuenta de qué modo la capacidad reproductora como posibilidad biológica de las mujeres constituye el basamento de un conjunto de prácticas y discursos. Éstos trascienden y se entran con la lógica de clases sociales y el nivel de instrucción. La finalidad, sin embargo, remite al control del ejercicio de la sexualidad y la fecundidad de la mujer.

- *"Me llama mucho la atención jóvenes de 20 a 30 que pidan la ligadura tubaria, es un impacto para mí. En mi historia personal recién a los 30 tuve mi primer bebé y ellas capaz que ya tienen una historia de 4 hijos"* (psicóloga, hospital)

- *"Mi suegra me dijo que (si me hacía la ligadura) con el pasar del tiempo yo no iba a ser la misma, que yo me iba a volver loca, que iba a tener 30 años e iba a parecer una loca... a él le decía que ya no iba a ser lo mismo, que ya no iba a ser mujer si me hacía la ligadura, que se iba a aburrir"* (Isabel, 23 años, 6 gestas)

- *"Lo hablé con mis padres... mi mamá me miró mal porque me dijo 'yo tuve diez'. Le dije 'si vos tuviste diez pero yo voy a tener OCHO, y le doy gracias a Dios que los estoy teniendo normal, si a mí se me complica: ¿qué hago?'"* (Mirta, 31 años, 8 gestas)

Estos y otros relatos de las entrevistadas dan cuenta de cómo se reproducen los estereotipos de género. Según Lagarde, la *perspectiva de género* permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los varones de manera específica. Desde esta perspectiva se analizan las posibilidades vitales de las mujeres y los varones; el sentido de sus vidas, expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar (Lagarde, 1996). El concepto de *género* alude a las características psicológicas y socioculturales que se atribuyen al macho y a la hembra de la especie humana. Las historias, ciencias, religiones e instituciones definen los roles sociales que establecen cómo deben ser y qué deben hacer las mujeres y varones según grupo étnico, clase social y franja etaria. (Bonder, 2009). Estas definiciones y funciones atribuidas varían espacial y temporalmente, atraviesan las instituciones y se van transformando en forma dinámica y diferencial según las clases sociales, las generaciones y las etnias, entre otros. Además, es importante considerar la diversidad de posiciones subjetivas y colectivas en relación a los estereotipos de géneros. Las *relaciones de género*, se expresan en las relaciones de poder que existen entre varones y mujeres, que tienden a favorecer a los primeros en el control de los recursos y el poder de tomar decisiones tanto en el ámbito público como en el privado (Cátedra Regional UNESCO, 2007:01). Peiró-Pérez sostiene que la modalidad desde la cual el poder se distribuye en nuestra sociedad hace que las mujeres tengan menor acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y menores probabilidades de decidir en forma autónoma. (Peiró-Pérez, 2007).

### *Violencia de género*

La violencia de género fue señalada de forma reiterada en las entrevistas, ligada tanto a las relaciones de pareja, especialmente en las migrantes, como en ocasiones a la violencia obstétrica.

- *"La paciente expresa muy poco, pero te das cuenta cuando te dicen 'y quiero mi método anticonceptivo, pero a escondidas porque mi marido no se puede enterar'. Y ahí te das cuenta que hay una violencia de género en que la paciente no puede decidir ni cuándo tener relaciones. Eso se da mucho con los bolivianos. Es una cultura muy machista, la mujer no opina"* (obstétrica, hospital).

- *"Es que la mayoría de la gente de acá no se cuida con nada. Y están mal informadas, o no están informadas. Como te digo las bolivianas, el marido les pega... las obligan a tener sexo, prácticamente son violadas por los maridos... hay muchas que se largan a llorar cuando lo cuentan... esas son las que vienen por el tema del DIU porque no quieren quedar embarazadas"* (personal administrativo, hospital).

- *"El me decía 'no, después me vas a dejar con los chicos'... Le decían los amigos 'si le haces ligar a tu señora se va a ir'"* (Sandra, 29 años, 6 gestas, migrante).

Como se observa, se refuerzan los estereotipos tradicionales por los que las mujeres en términos generales son definidas para servir y cuidar de los demás a través de repeticiones regularizadas y obligatorias (Butler, 1993; citado en Longo y otros, 2011). Esta situación vulnera los estilos de vida de las mujeres, sus cosmovisiones y la autonomía en las posibles decisiones. La ciudadanía plena en las mujeres (Brown, 2007) exige la presencia de representaciones y prácticas sociales que desafíen y cuestionen lecturas y miradas de la realidad en términos de esquemas de pensamientos-acción binarios, prácticas reduccionistas, jerárquicos e inmutables. Es más, las mujeres entrevistadas manifestaron que en algunos establecimientos, a los cuales dejaron de asistir, recibieron maltrato por parte de algunas/os integrantes del equipo de salud al ser cuestionadas, o tratadas en forma despectiva y humillante por diversos motivos: cantidad de gestas y/o cesárea iterativa o por ser obesas, entre otros.

- *"Yo creo que el hombre discrimina más que la mujer, porque la mujer sabe y entiende lo que es ser mamá pero para mí los obstetras hombres son los que más discriminan porque en vez de preguntarte qué pasó, darle información a la paciente... lo primero que te dicen es 'jodete' o 'vos buscaste estar así'"* (Paola, 26 años, 5 gestas).

Estos datos que muestran la revictimización institucional en sus múltiples facetas concuerdan con otros estudios como la investigación reciente realizada en nuestro país (Human Rights Watch, 2010), y con un trabajo realizado en Latinoamérica por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con mujeres sometidas a la violencia intrafamiliar (Sagot, y otros; 2000).

### *Prácticas en salud sexual desde la perspectiva de las y los actores sociales*

El término *sexualidad* refiere a las convenciones, roles y comportamientos ligados a la cultura que suponen expresiones del deseo sexual, el poder y diversas emociones, mediadas por el género y otros aspectos de la posición social como: clase y grupo étnico (Krieger, 2002). Desde la Epidemiología, la sexualidad, sus facetas placenteras y dolorosas se generan, expresan y recrean en los individuos pero se construyen en el marco de las condiciones de dominio colectivo o social. Tiene un modo de devenir que es socialmente determinada. (Breilh; 2011).

- *"En realidad cuando te pones a indagar un poco no existe el momento de placer para estas mujeres y tampoco sus compañeros se lo proporcionan. Muchas veces ellas me dicen 'se sacaron las ganas él', 'yo siento que se saca las gana él': 'es como un trámite'. ... Inclusive empezaron muchos pedidos de que le demos junto con los preservativos el gel lubricante. La escasa lubricación, si te ponés a preguntar un poquito más, tiene que ver con que no hay juego previo, no hay cariños, ni caricias"* (médica generalista, CESAC).

- *"Mi único miedo era que al ligarse las trompas no sentir la misma sensación de gozo, o de placer. Porque mi marido es mi 4º pareja, yo recién experimenté lo que la mujer termina y goza con mi marido que me casé, porque la 1º y 2º uno siempre finge como dicen ellos... El hombre dice 'terminá, terminá', uno dice sí, sí, pero no pasa nada"* (Amanda, 39 años, 5 gestas).

- *"Mi mamá siempre nos habló así... de una forma que nos asustaba. Nos decía que si el hombre nos miraba ya nos embarazaba (risas). Me decía mi mamá: 'si vos lo dejás, te va a embarazar'..." (Elena, 35 años, 7 gestas).*

Uno de los nudos críticos ubicados en las prácticas consiste en que para algunos/as trabajadores la salud sexual de las mujeres aparece invisibilizada por fuera de la edad fértil como así también la salud sexual de los varones.

- *"Nosotros atendemos a las pacientes hasta un año después de la última menstruación, con un año sin menstruación ya le hacemos el diagnóstico de menopausia. Y luego de un año sin menstruación, suspendemos el método y la derivamos al Servicio de Ginecología" (médica tocoginecóloga, hospital).*

(E: - *Con respecto a los varones, ¿hay alguna normativa del hospital que diga que no se pueden atender varones?*) *No, no hay ninguna normativa. Lo que pasa es que desde el punto de vista clínico nosotros somos ginecólogos y la problemática que puede llegar a tener un varón se juega por cardiología o por clínica médica o por dermatología, pero no en nuestra atención de él. Si quiere una vasectomía le explicamos, tiene que concurrir para que se lleve a cabo el procedimiento a un servicio donde tenga Urología o Cirugía general" (médico tocoginecólogo, hospital).*

A modo de cierre

El desafío de analizar la vinculación de sentidos otorgados a las prácticas en SSyR desde dos perspectivas: trabajadoras/es de la salud y usuarias, invita a reflexionar sobre las representaciones, los comportamientos y las acciones posibles de las y los actores que intervienen en un acto de salud en materia de SSyR (Zaldúa, Lodieu, y otros; 2010c); y a operar desde una praxis comprometida con el tríptico salud mental (en sentido amplio)/ ética/ derechos humanos, como ruedas-engranajes del abordaje con sectores sociales en situación de vulnerabilidad (Ulloa, 1995).

## Bibliografía

- Bonder G. (2009). *¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Definiciones y conceptos claves para integrar perspectiva de género en las prácticas educativas y no morir en el intento.* Seminario Cátedra UNESCO. MujerCyT- FLA CSO, Buenos Aires, Argentina. Edición 2009.
- Breilh J. (2011). *Determinación social del género y la sexualidad.* Curso abierto de sexualidad. Área Salud. Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador. Edición 2011. Disponible en: [http://www.uasb.edu.ec/saludyambiente/images/salud/linea\\_4/documentos/DS%20Sexualidad%20J%20Breilh%2024%2003%202011.58.pdf](http://www.uasb.edu.ec/saludyambiente/images/salud/linea_4/documentos/DS%20Sexualidad%20J%20Breilh%2024%2003%202011.58.pdf)
- Brown, J. E. (2007). *Ciudadanía de mujeres en Argentina: los derechos (no) reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puestos en cuestión.* Disponible en: <http://hdl.handle.net/10469/1019>
- Cátedra Regional UNESCO Mujer, Ciencia y Tecnología en América Latina (2007) "La integración del enfoque de género en el abordaje de la salud: Aportes conceptuales y metodológicos para fortalecer la calidad y equidad" (2007), *Investigación en Género: Una guía para la acción.* Seminario Cátedra UNESCO. MujerCyT- FLA CSO, Buenos Aires, Argentina.
- CEPAL (2010). *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos.* [online] Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/39438/LCL3216>
- Human Rights Watch (2010). *¿Derecho o ficción? La Argentina no rinde cuentas en materia de salud sexual y reproductiva;* 2010 agosto ISBN: 1-56432-670-5. Acceso el 5/04/11. Disponible en: <http://www.hrw.org/en/reports/2010/08/10/illusions-care-0>.
- Krieger N. (2002) *Glosario de Epidemiología Social.* Boletín Epidemiológico 2002; 23 (2): 10-3. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/sha/be\\_v23n2-glosario.htm](http://www.paho.org/spanish/sha/be_v23n2-glosario.htm)
- Lagarde, M. (1996). "El género", fragmento literal: 'La perspectiva de género'. *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia.* Ed. Horas y HORAS. pp. 13-3. España:
- Longo, R.; Moschella, R, Pawlowicz, MP. y Zaldúa G. (2011). *Significaciones y prácticas de las y los trabajadores de la salud vinculadas al acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la zona sur de la CABA. Memorias III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.* (En prensa).
- M enéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras.* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2010) *Estadísticas vitales - 2009.* Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro53.pdf>

- Ministerio de Salud de la Nación. (2010). Plan de reducción de la mortalidad materno infantil, de la mujer y la adolescente. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/>
- Peiró-Pérez, R.; Vives-Cases, C.; Álvarez-Darder, C., et al. (2007). "El análisis de políticas con enfoque de géneros y salud". Seminario Cátedra UNESCO MujerCyT- FLA CSO, Buenos Aires, Argentina.
- Romaní O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*. 4, 301-18.
- Sagot M, Carcedo A, Guido L. *Ruta Crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (Estudios de caso de diez países)*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000.
- Ulloa, F. (1995). La difícil relación del psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la salud mental. En F. Ulloa (compilador) *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica* (pp. 231-256). Buenos Aires: Paidós.
- Weller, S. y Wagner Sousa Campos, G (2006). *De la política social al consultorio: lidiando con la sexualidad en el contexto del sistema público de salud. Seminario Conceptos sobre sexualidad para el trabajo preventivo asistencial en salud*. Coordinación SIDA - Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. Edición 2006.
- Zaldúa, G.; Pawlowicz, M.P.; Longo, R. y Moschella, R. (2010). Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la CA BA. Obstáculos y Resistencias. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA*.
- Zaldúa, G.; Longo, R.; Pawlowicz, M.P. y Moschella, R. (2010). Mujeres migrantes y el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. *Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación. Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. 3. 323-5.
- Zaldúa, G.; Lodieu, M.T.; Bottinelli, M.M.; Pawlowicz, M.P.; Gaillard, P. y Barbieri, A. (2010) Representaciones y prácticas en los actos de salud desde los discursos de género. En: Zaldúa G. y Bottinelli M.M., (compiladoras), *Praxis Psicossocial Comunitaria en Salud* (pp 249-60). Buenos Aires: Eudeba.