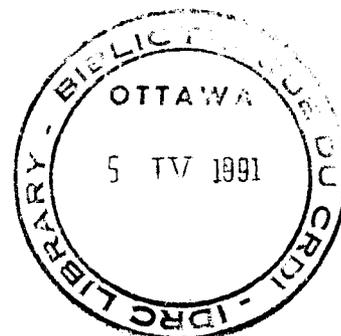


86454

IDRC - Lib

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

TALLER REGIONAL SOBRE INVESTIGACIONES EN MORTALIDAD MATERNA



Ideologías, Contexto Social y Salud Materna

por

Duncan Pedersen
Division de Ciencias de la Salud
Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo

México, D.F., Abril 16, 1990

ADCTIV
PEDERSEN
110 2

1. Ideologías y modelos explicativos de la mortalidad.

Hay muchas formas de clasificar las enfermedades y las personas enfermas. Al momento actual, subsisten dos criterios básicos utilizados en la clasificación de las enfermedades; criterios manifestacionales y criterios causales.

Según el criterio manifestacional, un grupo de pacientes que presenta las mismas de manifestaciones, es decir, un común denominador de síntomas, signos o determinaciones de laboratorio, se clasifican como casos de una misma entidad nosológica, síndrome o enfermedad definida (p.ej. úlcera gástrica, hemorragia uterina, carcinoma de cervix). El criterio causal agrupa a las personas de acuerdo a una experiencia previa en común, de naturaleza causal (p.ej. tuberculosis, suicidio), a la que usualmente se le atribuye la enfermedad o la muerte. El cambio de la clasificación hacia un criterio causal ocurre por lo general cuando se ha identificado el factor etiológico. Desde el punto de vista epidemiológico representa una ventaja el poder "aislar" una entidad nosológica determinada bajo un criterio de causa, ya que se pueden seleccionar las intervenciones que se estimen apropiadas para prevenir o tratar el problema o eliminar la causa, y luego medir el impacto producido (MacMahon y Pugh, 1970).

Cuando se trata de clasificar las defunciones se presentan problemas similares, en particular cuando se hace la identificación de las causas de muerte. MacMahon y Pugh que trabajaron sobre el tema de inferencia causal, presentan un caso para ilustrar este punto, más o menos de esta manera:

"Un peatón es atropellado por un automóvil y es evacuado mas tarde al hospital en estado de shock por ruptura del bazo, en donde se produce el deceso. El patólogo puede adscribir la muerte a la ruptura de bazo, el internista a politraumatismos con estado de shock, el cirujano a la negligencia del personal de emergencia por la demora en la evacuación. El oficial del Registro Civil puede contentarse con atribuir la muerte, a un accidente por vehículo automotor; el ingeniero de caminos, al defender su presupuesto anual, puede atribuir esta defunción a la falta de una adecuada separación entre la circulación de peatones y el tráfico vehicular; mientras que la compañía de seguros puede contar este caso entre los que se sospecha un defecto en los frenos o en su mantenimiento. Otros pueden todavía especular que la muerte era evitable, si la víctima hubiera tenido 25 años y sus reacciones no hubieran sido enlentecidas por efectos del alcohol."

En síntesis, cada profesional hace una inferencia causal y la aplica de acuerdo a su conveniencia. Desde esta perspectiva, es evidente que entender la totalidad de causas de una enfermedad o muerte, no es una tarea fácil, ni mucho menos objetiva.

En la tarea de clasificar enfermedades y discriminar entre causas y manifestaciones, se ponen en evidencia no solamente el prejuicio o sesgo profesional, sino que también se proyectan nuestros valores culturales y nuestra interpretación sobre la naturaleza de la sociedad, sobre el telón de fondo de las ideologías profesionales y políticas. En las razones que se dan para explicar el comportamiento de las tasas de mortalidad se ponen en evidencia estas premisas.

Por una parte, se encuentran las tesis reduccionistas, en las que las causas de enfermedad o muerte se identifican en forma puntual o específica. En este caso, las muertes se atribuyen a causas simples o únicas, afirmando el principio de especificidad causal. Es decir, para cada tipo de enfermedad existe una causa específica, como ocurre en la teoría de los gérmenes. Según esta tesis, ciertas enfermedades no pueden ocurrir sin mediar la presencia de un germen o bacteria (p.ej. tuberculosis y bacilo de Koch). Desde este punto de vista, las intervenciones están dirigidas a reducir la exposición al germen o a aumentar la resistencia específica a la infección. Estas ideas han sustentado en buena parte las propuestas de la década de los años '30 y '40 sobre la "erradicación de las enfermedades", que más tarde se traduciría en el desarrollo de campañas o programas verticales, desembocando en los programas de supervivencia infantil con el enfoque de atención primaria selectiva, en épocas más recientes. La tesis reduccionista ha sido criticada principalmente por su velada intención de "despolitizar" la salud, presentando a la morbilidad y mortalidad de una población como hechos de naturaleza "médica" superables mediante intervenciones "científicas" adecuadas.

Existen varios ejemplos en los que se pone de manifiesto la ideología que sustenta este modelo explicativo, según la cual se pueden atacar efectivamente cada una de las causas de mortalidad, con medidas sanitarias específicas, relegando las condiciones políticas y socio-económicas a un segundo plano de análisis. Por ejemplo, las iniciativas de la Fundación Rockefeller para la erradicación del anquilostoma en el sur de los EE.UU, a principios de este siglo (1909-1914), y los programas sanitarios iniciados por Charles Chapin en Rhode Island son una buena muestra de este enfoque. Fred Soper se convertiría más adelante en el vocero de esta posición para los países de la región, al predicar que la "...tuberculosis no es más un problema de naturaleza social y económica, sino que es un problema de salud pública y administración médica" (Kunitz, 1987).

Mas tarde, el cambio en la estructura de causas de muerte en los países desarrollados, que resultaron en el reemplazo gradual de las enfermedades infecciosas por un perfil de enfermedades crónicas, hizo necesario revisar las tesis reduccionistas para introducir enfoques diferentes. Aparecen por entonces los conceptos de riesgo, que amplían la noción de causa única, movilizandó las ideas científicas hacia el concepto de causas múltiples de enfermedad y muerte. Las teorías de multicausalidad aparecen en el escenario, las que estarían representadas, entre los pioneros, por René Dubos.

El debate de los "multifactorialistas" sobre la interpretación de las tendencias de la mortalidad se centra en la importancia relativa de los factores ambientales por sobre los factores individuales. Aunque dentro de este modelo explicativo existen distintas tendencias, la discusión sobre los determinantes de la reducción de la mortalidad, gira principalmente en torno a los siguientes puntos:

- el rol de la sociedad como causa "prima"
- el rol de la atención médica,
- el rol del medio ambiente
- el rol del comportamiento

Naturalmente, resulta difícil para la epidemiología actual discriminar cuantitativamente la magnitud de la contribución de cada uno de estos factores a la reducción de la mortalidad. La consecuencia es que el debate se torna una vez mas ideológico. Por un lado, están aquellos que atribuyen el descenso de la mortalidad a la atención médica oportuna; por otro, están los otros que adjudican el mayor peso para los factores socio-económicos y ambientales en la explicación de la mortalidad. Por fin, están los que atribuyen la mayor importancia a los estilos de vida, minimizando la participación de todos los otros factores.

Al interior de cada una de estas tendencias, es posible identificar algunos enfoques particulares. Por una parte, están aquellos que perciben que todas las enfermedades son causadas por la sociedad. La sociedad se percibe como primera causa, por lo que las personas son vistas como víctimas de poderosas fuerzas sociales, políticas, económicas o tecnológicas (Kunitz, 1987) originadas en esta misma sociedad. Naturalmente, las soluciones que derivan de ésta visión comprenden la reforma universal, la transformación radical o la revolución. Del otro lado, se encuentran aquellos que parten de una visión menos radical, y atribuyen como principal factor determinante de la mortalidad al propio individuo, a su comportamiento y responsabilidad moral. Estos últimos han encontrado un argumento de peso en el análisis de las tendencias históricas de la mortalidad general (i.e. por

tuberculosis y otras comunicables) que fueran hechos por McKeown, en donde se demuestra el peso relativamente pequeño de la atención médica en la caída de la mortalidad, mientras se estiman de importancia la alimentación e higiene personal, y los cambios en los estilos de vida de la población (McKeown, 1976).

Por cierto, están aquellos que adoptan un tono moralizador cuando afirman que las principales causas de muerte tienen su origen en el estilo de vida individual, y que son cambios en los "malos" hábitos (abuso de alcohol y tabaco, drogas, excesos alimentarios, etc) los que van a modificar favorablemente los indicadores de mortalidad. Muchos de los Informes oficiales (Gran Bretaña, EE.UU, Canadá) en los que se explicitan las políticas de salud de los gobiernos, utilizan en su propio interés estas proposiciones, por las cuales se justifican crecimientos relativamente pequeños en el presupuesto de servicios de salud a expensas de soluciones que deben provenir de cambios en los hábitos individuales y estilos de vida de la población.

Por último, un enfoque que hiciera su aparición hacia la década del '60-'70, propone los programas de salud y desarrollo integrado, sobre una interpretación ecológica de la salud. La tesis "multifactorialista" de interpretación de las causas de muerte, se afirmaría en 1978, cuando se lanza la Declaración de Alma-Ata, en la que se reconocen las desigualdades sociales y económicas presentes entre los países y al interior de cada país, y se proponen metas para mejorar el nivel de salud y reducir la mortalidad de los grupos en mayor riesgo, en el contexto del desarrollo y de un Nuevo Orden Económico Internacional. Este modelo "económico-ecológico" es el que se ha mantenido vigente, con pequeñas modificaciones hasta el momento actual.

Se agregan a éste, dos modelos dinámicos de interpretación de la mortalidad materna, de más reciente aparición. El primero, propone el reconocimiento de un conjunto multifactorial social y económico que opera a través de un conjunto de variables denominadas "determinantes próximos" y que a su vez se desagregan en dos subconjuntos: el reproductivo (edad, paridad, espaciamiento) y el de servicios de salud (accesibilidad y uso), los que determinan finalmente las causas obstétricas de mortalidad (hemorragia, sepsis, toxemia, ruptura uterina y complicaciones del aborto inducido). El segundo, tiene como punto de partida el reconocimiento de los factores vinculados al diferencial genérico en la mortalidad. La mortalidad materna es parte de la mortalidad de la mujer, que -de acuerdo con los autores que sostienen esta posición- expresa las desigualdades y marginación de la que la mujer es objeto en la sociedad contemporánea.

2. Contexto social y aspectos cognoscitivos de la mortalidad materna.

En esta sección, vamos a hacer una síntesis del contexto social en el que transcurre la gestación y el parto, destacando aquellos factores o grupos factoriales que están asociados o son determinantes específicos o inespecíficos de morbilidad o mortalidad materna. Estos conjuntos factoriales se expresan a distintos niveles: individual, familiar o grupal, y de la sociedad en su conjunto. El factor de mayor consistencia en el análisis de muerte materna es el de clase social. Otro tanto ocurre con el BPN (bajo peso al nacer), que es un indicador relativamente más estable y sensible, de las desigualdades sociales en salud perinatal (Oakley, 1985). En este aspecto, se abre un campo de estudio importante para los especialistas en ciencias sociales, y que consiste en determinar el como el factor clase social representa una mayor probabilidad de muerte materna, y de complicaciones o déficits en el peso al nacer.

La interpretación sobre la existencia de notorias desigualdades en la salud de la población, según su posición social relativa, requiere de mayor investigación. Una tesis aceptada es que el factor "clase social" produce un efecto sobre la salud, porque la gente en el nivel social más bajo de la escala sufre de una deprivación material, a la vez que forma parte de una cultura en la cual se perpetúan estilos de vida insalubres o dañinos. Hay tres variantes de esta tesis: la primera, que podemos llamar "estructural", según la cual la deprivación material afectaría directamente la salud individual y grupal; una segunda tesis en la cual la deprivación operaría indirectamente sobre la salud individual, a través de un comportamiento intermedio; y por fin una tercera hipótesis según la cual la deprivación material produciría un conjunto de comportamientos inadecuados y de riesgo, al interior de cada generación, los que se transmitirían intergeneracionalmente (Black, 1980).

2.1. Factores sociales y salud materna.

Bajo este título se reconocen un conjunto interrelacionado de variables que pueden reagruparse en dos grandes subconjuntos, por una parte el que comprende las redes de apoyo social, y de otra parte una serie de eventos o episodios de la vida cotidiana que pueden ser identificados bajo la denominación genérica de estrés.

Aunque los efectos de las redes de apoyo social sobre la salud han sido descritas hace algo más de una década, diferentes autores han utilizado diferentes nociones bajo la denominación de apoyo o soporte psico-social, al punto que en muchos casos la reproducibilidad del experimento está limitada, o bien resulta difícil atribuir tal o cual efecto a tal o cual elemento del

conjunto de acciones identificadas como apoyo psico-social. No obstante, existe evidencia sólida derivada de estudios longitudinales, sobre la significancia de la relación entre "apoyo social" y mortalidad general (Berkman y Syme, 1979). Hay que destacar, que la relación es inespecífica, por lo que se requiere de mayor discriminación en la medición del fenómeno de "apoyo social".

Algunos autores definen como "apoyo social" a la información que circula al interior de la red, por la cual el individuo experimenta un sentimiento de pertenencia (de encontrarse querido, estimado, valorado), como miembro de una red social solidaria y de reciprocidad mutua. Otros autores prefieren incluir además otros elementos más tangibles o instrumentales de apoyo emocional, tales como número y frecuencia de los contactos, calidad del intercambio, morfología de la red, ámbitos (familia, barrio, institución, religión, actividad política o partidaria, etc).

Muchos estudios de tipo descriptivo o intervenciones planeadas se han hecho en el terreno de apoyo psico-afectivo, en los que se reportan resultados favorables en el parto, tanto a nivel de la madre como del producto. Uno de los estudios clásicos es el efectuado por Klaus y colaboradores, en el Hospital del Seguro Social en Guatemala (Klaus et al, 1986), en 465 primigestas, las que se asignaron al azar en un grupo experimental y otro de control. Al grupo experimental se le prestó apoyo físico y emocional constante y compañía a cargo de mujeres (doulas), aparentemente de la misma clase social que las pacientes y sin entrenamiento obstétrico. Los resultados del estudio controlado muestran una reducción importante en la duración del trabajo de parto, menos complicaciones perinatales (incluido cesáreas, y uso de ocitócicos), y menor número de recién nacidos admitidos a la unidad de cuidados neonatales intensivos, por parte de las mujeres con apoyo psico-afectivo.

En la actualidad, todavía no tenemos una explicación satisfactoria sobre los mecanismos por los cuales el apoyo psico-afectivo reduce la duración del parto y las complicaciones perinatales. Los estudios que permitan explicar la relación entre apoyo psico-social y los procesos fisiológicos e inmunitarios son, sin duda, necesarios para instrumentar los cambios requeridos en la atención obstétrica hospitalaria.

Es conocido que las mujeres de clase trabajadora tienen un número mayor de episodios estresantes, entre los que se cuentan la pérdida del trabajo, el traslado involuntario o la migración campo-ciudad, el abandono o la ruptura de la relación de pareja, las enfermedades y accidentes, etc. Las consecuencias de un mayor número de episodios estresantes se expresaría en una mayor

morbilidad y mortalidad materna y perinatal (Rutter y Quine, 1990).

No obstante, en este conjunto abigarrado de elementos que se incluyen bajo la denominación de estres, ocurre con frecuencia algo similar que lo dicho mas arriba, al discutir el concepto de apoyo social. Con frecuencia, los investigadores confunden bajo la misma denominación, causas con efectos. Es decir, a veces se entiende por estres a una condición o estímulo ambiental, mientras en otras se trata al estres como al conjunto de respuestas orgánicas frente a la noxa o estímulo. En la opinión de Cassel, el equívoco implícito en estos estudios es el que la relación entre estres y ocurrencia de enfermedad, se trata de la misma manera que la relación entre un agente físico-químico o bacteriano y ocurrencia de enfermedad. El corolario de este supuesto equívoco, es que habría por tanto una relación de especificidad etiológica entre factor estresante-enfermedad (a cada factor de estres, se corresponde una enfermedad específica) o bien una relación proporcional dosis-respuesta (a mayor estres, mayor probabilidad de enfermedad), lo que sabemos que no es cierto y explica en cierta medida los resultados contradictorios que se reportan en la literatura (Cassel, 1974).

Los procesos psico-sociales no pueden ser tratados como bi-valentes, es decir estresantes y no estresantes; sino que deben ser tratados bi-dimensionalmente, es decir, que de acuerdo al contexto un mismo episodio tiene en algunos un carácter estresante, mientras que en otros tiene un efecto neutro o aun protector.

Además, se debe reconocer la multidimensionalidad de estos procesos psico-sociales, en los que un factor solo se "activa" en presencia de otro, como ocurre al parecer con las redes de apoyo social, cuya presencia regula o "amortigua" los efectos de situaciones estresantes, pero conserva su valor neutro en ausencia de una noxa estresante. De los datos aportados por distintos investigadores (Cobb, 1976; Nuckolls et al, 1972) se puede afirmar que las mujeres con alto nivel de estres y pérdida del apoyo social tuvieron un número significativamente mayor de complicaciones del embarazo y parto, cuando se comparan con mujeres con el mismo nivel de estres, pero con una amplia, y a la vez densa red de apoyo. Esto sugiere que los elementos de apoyo social tienen un efecto "amortiguador" de las situaciones o eventos estresantes. Un alto nivel de estres, acompañado de manifestaciones de desequilibrio emocional en una mujer con una insuficiente o nula red de apoyo, es un consistente predictor de complicaciones en el embarazo.

Está establecido el efecto de los factores emocionales con el embarazo y el producto (Oakley et al, 1982). Los estados de ansiedad durante el trabajo de parto se han correlacionado con las contracciones uterinas y la duración del parto. Los estudios sobre madres hospitalizadas con disturbios o alteraciones mentales,

señalan la mayor frecuencia de productos con bajo peso al nacer y complicaciones en el trabajo de parto. La depresión se presenta como una condición mental con mayor frecuencia en mujeres trabajadoras, que tienen otros hijos pequeños, y un mayor número de episodios estresantes en el hogar. Si bien sus efectos sobre el peso al nacer han sido sugeridos, no se encuentran referencias sobre las consecuencias de este cuadro sobre la gestación y la morbilidad o mortalidad perinatal.

2.2. Factores cognoscitivos y salud materna.

Existen varios modelos desarrollados sobre la relación entre creencias y conocimientos, con el comportamiento preventivo o terapéutico resultante. No obstante, no se encuentran estudios sistemáticos que permitan reconocer cuales son las creencias y comportamientos de búsqueda/rechazo de la atención prenatal y del parto en la región latinoamericana. El comportamiento hacia los servicios de salud, la reducción o abstinencia en el uso de alcohol y tabaco durante el embarazo, los cambios requeridos en la dieta materna, son áreas susceptibles de intervención efectiva para la prevención de complicaciones. Por lo general, los cambios de comportamiento se operan en función del nivel de vulnerabilidad (exposición al daño) y severidad percibidas, y de la estimación del costo/beneficio en tomar tal o cual acción. Dos ejemplos clásicos en este campo son el auto-examen del seno y el valor percibido por este procedimiento (Calnan, 1984), y el modelo de predicción de la lactancia (Manstead et al, 1983).

En el terreno de las actitudes hacia la maternidad y el recién nacido, los hallazgos son todavía dispersos y aun contradictorios. Por lo general, las actitudes calificadas como "negativas" frente al embarazo, están relacionadas con hiperemesis gravídica, labor prolongada, dolor y mayor uso de medicación durante el trabajo de parto, y también toxemia y prematuridad. No obstante, persisten problemas en los métodos de valoración de actitudes, que se ven acentuados por la poca confiabilidad de los cuestionarios retrospectivos y los estudios de casos sin controles adecuados.

Es importante mejorar o desarrollar los métodos que permitan reconocer las representaciones sociales del embarazo y del parto, ya que estas parecen tener importancia en el comportamiento de uso (oportunidad y no. de visitas) de los servicios prenatales, y en la dieta y uso de alcohol y tabaco. En las sociedades tradicionales, con frecuencia se observa una contradicción entre la representación social que la familia y la comunidad manifiesta con respecto a la mujer gestante, y el comportamiento real que se observa en cuanto a la alimentación y actitud hacia la mujer embarazada.

Existe una rica documentación testimonial en los estudios sociológicos sobre el nacimiento, que pone en evidencia como se

perpetúan las relaciones de dominación/subordinación entre los obstetras y sus pacientes, en las que las mujeres mantienen sentimientos ambivalentes sobre esta relación (Romalis, 1981), o más aún, conflictos que prevalecen en las relaciones entre gestantes y obstetras, en los que se demuestran diferencias cualitativas de opinión en cuanto a la naturaleza, contexto y manejo de la reproducción (Graham y Oakley, 1981). Al mismo tiempo, existen algunos intentos para categorizar mejor los intercambios médico-paciente en la interfase: trato y comunicación con el personal del servicio, grado de satisfacción, comprensión y seguimiento de los consejos y/o prescripciones profesionales, pero en este campo tampoco se encuentran trabajos de investigación sistemática en la región latinoamericana, que permitan sustentar la base para la reformulación de las políticas y estrategias de atención materna y perinatal. Si bien se insiste en el valor del "screening" de la atención prenatal y en la importancia en la atención institucional y profesional del parto, no se promueven investigaciones que permitan comprobar o verificar el valor absoluto de estas intervenciones, ni el valor relativo de algunas propuestas como el entrenamiento de parteras en reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

3. Conclusion.

En los países del Tercer Mundo, con frecuencia las mujeres que viven en condiciones de extrema pobreza, se encuentran atrapadas al interior de un círculo vicioso: desde temprana edad son castigadas por la malnutrición (a veces exacerbada por la desigual distribución intrafamiliar de los alimentos), la malaria, las enfermedades diarreicas y respiratorias, y las parasitosis. Luego de los primeros años de una instrucción elemental, que por lo general son insuficientes para la lectura y escritura, sobreviene la menarca, y con ella responsabilidades agregadas en las tareas domésticas y de cuidado de los niños menores. A continuación, el matrimonio y los embarazos sucesivos, con pérdidas y prolongados periodos de lactancia, sucedidos por nuevos embarazos y episodios de anemia, parasitosis e infecciones, mientras continúa ininterrumpidamente su doble jornada, en el trabajo y en las tareas domésticas del hogar. Esta problemática se ve con frecuencia agravada por la pérdida de las redes de apoyo por la migración hacia la ciudad, a lo que se agregan las múltiples situaciones estresantes del contexto urbano-industrial. Resulta indudable que este contexto social y económico desfavorable, no puede ser resuelto, ni siquiera compensado, por el entrenamiento de parteras empíricas, ni por la promoción de una atención profesional del parto, ni tampoco por la manipulación aislada de las redes de apoyo o soporte psico-afectivo.

La investigación social está llamada a contribuir a la par de la investigación biomédica, en el diseño de intervenciones para

reducir la mortalidad materna y perinatal en los países en desarrollo. Estas intervenciones deben tender hacia la satisfacción de las necesidades de la población en condiciones de pobreza; hacer el mejor uso posible de los recursos específicos, disponibles en los ecosistemas locales; y ser -por sobre todo- participativa, es decir, en la que sus destinatarios se "apropien" y no se limiten a ser simples usuarios o aceptantes pasivos de un servicio. El manejo del conjunto de elementos del contexto social, económico y psico-afectivo, a la par de intervenciones oportunas, decididas participativamente y aceptadas por las madres, parecería constituir el nuevo camino para la reducción efectiva de la mortalidad materna y perinatal en la América Latina.

REFERENCIAS

- Berkman, L.F. y Syme, L. Social Networks, host resistance and mortality: a nine year follow up study of Alameda County residents. Am.J.Epidemiol., 109 (186), 1979.
- Black, D. Inequalities in Health (Black Report) Informe de un grupo de investigación, bajo la dirección de Sir Douglas Black. London:DHSS, 1980.
- Calnan, M.W. and Moss S. The health belief model and compliance with education at a class in breast self-examination. J.Hlth.Soc.Behav. 25: 198-210, 1984.
- Cassel, J. Psychosocial processes and "stress": theoretical formulation. Int.J.Health Serv. 4(3): 471-482, 1974.
- Cobb, s. Social support as a moderator of life stress. Psychosom. Med. 38: 300-314, 1976.
- Graham H. y Oakley, A. "Competing ideologies of reproduction: medical and maternal perspectives on pregnancy.", en Women, Health and Reproduction (edited by Helen Roberts). London: Routledge & Kegan Paul, 1981.
- Kunitz, S.J. Explanations and ideologies of mortality patterns. Pop.Dev.Rev., 13, 3: 379-408, 1987.
- MacMahon, B., Pugh, TF. Epidemiology: Principles and Methods. Boston: Little, Brown, 1970.
- Manstead, A. et al. Predicting and understanding mothers' infant feeding intentions and behavior testing the theory of reasoned action. J.Person.Soc.Psychol. 44: 657-671, 1983.



269064

- 12 -

McKeown, T. The Modern Rise of Population. New York: Academic Press, 1976.

Nuckolls C.B., Cassel J. and Kaplan, B.H. Psycho-social assets, life crisis, and the prognosis of pregnancy. Am.J.Epidemiol. 95: 431-441, 1972.

Oakley, A. Social support in pregnancy: the 'soft' way to increase birthweight? Soc.Sci.Med. 21(11):1259-1268, 1985.

Oakley, A. MacFarlane, A. and Chalmers, I. Social Class, Stress and Reproduction, en Disease and the Environment (Ed. by Eiser, J.R.) Wiley:Chichester, 1982.

Romalis, S. Childbirth: Alternatives to Medical Control. Austin: Univ. of Texas Press, 1981.

Rutter, D.R.; Lyn Quine. Inequalities in pregnancy outcome: a review of psychosocial and behavioral mediators. Soc.Sci.Med., 30(5):553-568, 1990.