



matronas hoy

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

N.º 6 Diciembre 1983



DIRECCIONM^a Angeles R. Rozalén**REDACTOR JEFE**

Isabel Casillas

**AYUDANTE
DE REDACCION**M^a Jesús Roldán**ADMINISTRACION
PUBLICIDAD**

Y

**SUSCRIPCIONES
JUNTA EJECUTIVA**Asociación Nacional de
Matronas

Velázquez, 26

MADRID-1

Teléf. 435 63 80

Depósito Legal:

M-19000 1983

SUMARIO

	Págs.
Editorial	3
Nociones sobre Ecografía	4, 5, 6, 7 y 8
La Seducción	9, 10, 11, 12 y 17
III Jornadas Nacionales de Matronas	14 y 15
Importancia social de la Matrona	18 y 19
Libro: Guía práctica de la mujer embarazada	20 y 21
Hemos leído	22 y 23
Cine	24
Telerredacción	25
Cartas al director	26
La Asociación informa	27



TROFOLASTIN

Composición:

Extracto de Centella Asiática, eq. a	0'25 %
de planta	
Aceite de germen de trigo	10 %
Hidrolizado de colágeno	1 %
Hidrolizado de elastina	1 %
Alcohol cetilesteárilico emulsificante	10 %
Lanolina	2 %
Aceite vegetal hidrogenado	5 %
Fenonip	0'30 %
Sorbitol	5 %
Agua destilada, c. s. p.	100 g.



EDITORIAL

REFORMA SANITARIA O REFORMAR AL PERSONAL

Una de las reformas más importantes previstas en su programa por el actual Gobierno era, sin duda, la reforma sanitaria. El objetivo prioritario de una reforma de esta naturaleza, para cualquier Gobierno, debería ser el de mejorar la salud, tanto preventiva como curativamente, y aumentar la calidad de vida del ser humano. Sin embargo, hasta ahora, la reforma que se realiza en nuestro país ha constituido, fundamentalmente, aparte de los cambios de jefaturas y de una Ley de Incompatibilidades, no siempre acertada y no siempre justa, en una gestión exhaustiva de información. Información encaminada, de una parte, a inventariar existencias y, de otra, a saber el coste real de la asistencia pública, datos éstos que, aunque cueste creerlo, no eran conocidos por el Ministerio de Sanidad. Pues bien, a medida que el Gobierno va tomando conocimiento de la situación sanitaria, parece ser que la reforma prevista choca frontalmente con dificultades, casi insalvables, de tipo esencialmente económico.

Los primeros datos obtenidos son referentes al personal que integra la plantilla de la Seguridad Social. Y parece ser que la conclusión, por parte del Ministerio, es la de que esa plantilla resulta excesiva. Hay que apuntar, inmediatamente, que, en efecto, para la sanidad de cualquier país no es rentable el exceso de médicos o personal sanitario en general. Precisamente la O.M.S. recomienda un médico por cada 800 ó 1.000 habitantes y en España lo tenemos por cada 460. Pero también recomienda este Organismo en el tema de la Obstetricia, por ejemplo, tres ecografías por gestación y aquí, en muchos casos, no se realiza ninguna a lo largo del embarazo, al menos con cargo a la Seguridad Social. La conclusión es obvia.

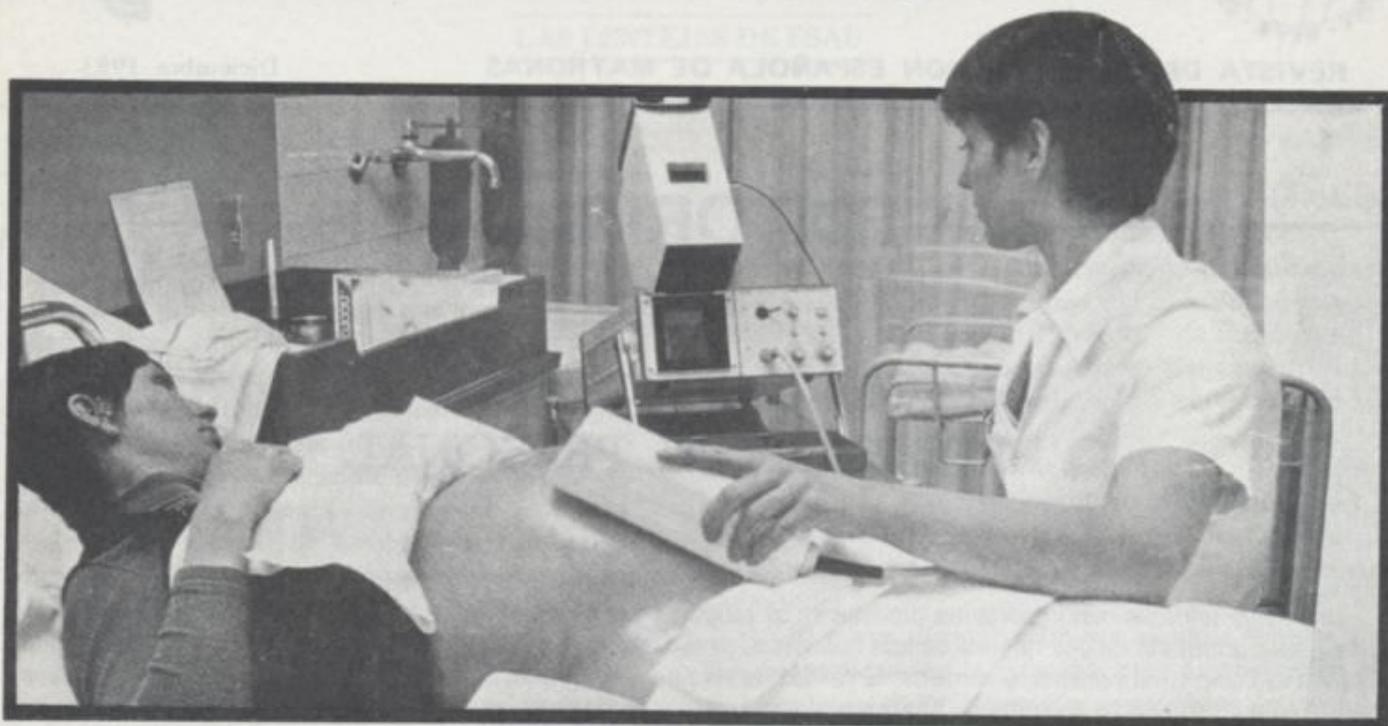
Manejar datos, sin profundizar en su relativismo, e intentar reformar, sin tener en cuenta sus consecuencias, puede conducir a una situación más negativa que la actual. Por el contrario, si se llega a una reforma inteligente y ponderada, es bastante probable que tanto el censo médico como el resto del cuerpo sanitario se distribuya de forma proporcional, sobre todo en el área rural, y se llegue a un equilibrio numérico entre sanitarios y población lo que, junto a una mejor prestación de servicios, resolvería la situación laboral de los que, supuestamente, sobramos. Es decir, no nos preocupa la reforma, lo que nos preocupa, y muy profundamente, es que la Administración, en ese "mare magnum" de cifras y de problemas, llegue a confundir dos términos: producción y beneficios.

Por lo que respecta a la producción, resulta difícil establecer el n.º adecuado de matronas necesarias para el buen funcionamiento de una clínica maternal si, como antaño, sólo se manejan dos datos: n.º de partos, dividido entre el n.º de matronas. De utilizar operación tan simplista, podríamos creer que nuestra producción laboral ha descendido puesto que el índice de natalidad ha descendido también. Pero es un hecho que si el número de partos es menor que en el pasado, ha aumentado, sin embargo, y de forma considerable, la calidad de su asistencia. Por tanto, no existe una producción más baja, sino más bien todo lo contrario. En cuanto a los beneficios, es necesario ser tajantes en este punto: los únicos beneficios que puede obtener un organismo como la Seguridad Social son de tipo cualitativo, no cuantitativo. Todo su beneficio se materializa en prestar un buen servicio a los contribuyentes. Una cosa es el despilfarro y otra el que el Gobierno pretenda hacer de la sanidad un negocio.

De ahí el título de nuestro editorial; nos tememos que, en medio de tanto baile de nombramientos, cambios y ceses, a veces lamentables, a menudo absurdos, la reforma sanitaria se va a quedar sólo en eso: reformar al personal.

* * *

Nociones sobre Ecografía



La ecografía es un método de exploración relativamente joven, entre cuyos antecedentes más destacados figura el descubrimiento del efecto piezoeléctrico por PIERRE CURIE en 1880, según el cual, la compresión de un cristal de cuarzo crean en él una corriente y por el contrario, la aplicación de una corriente eléctrica al cristal, produce deformaciones en el mismo, que dan lugar a ultrasonidos.

La aplicación en medicina se inicia con DUSSIK, que lo usa por primera vez en el estudio del cerebro humano.

En sus aplicaciones médicas distinguiremos dos vertientes: la aplicación terapéutica usada por primera vez en ginecología por POHLMANN E HINTZELMANN y a la aplicación diagnóstica, que es la que nos ocupa, y que se distingue de la primera por usar en ésta bajas frecuencias e intensidades; destaca por su importancia en dos especialidades médicas: Obstetricia y Neurología.

Los aparatos que usamos reciben el nombre de ECOGRAFOS. Constan todos ellos de dos elementos fundamentales:

- La sonda o transductor
- Sistema analizador-amplificador

La sonda, que contiene un generador piezoeléctrico laminar, posee la doble misión de emitir y

recibir los ecos, haciendo la emisión discontinua para que en los intervalos de emisión, puedan ser recibidos los ecos.

El sistema analizador-amplificador tiene tres funciones principales:

1. Incorporar, mediante el circuito oscilante, la corriente de alta frecuencia a la sonda.
2. Recibir la corriente eléctrica en que el generador ha convertido los ecos y amplificarla.
3. Representar gráficamente las señales.

Llamamos imagen ecográfica a la representación gráfica obtenida en el sistema de registro, existiendo tres tipos fundamentales:

- a) **Modo A, Scan A o imagen unidimensional:** en ella cada gradiente de indepancia determinará una deflexión que se representa en un eje de coordenadas, en el eje de ordenadas nos indica la amplitud del eco y el de las abscisas la profundidad a que se encuentran las estructuras que las originan. Se aplica dejando la sonda fija.
- b) **Modo B, Scan B o imagen bidimensional:** las deflexiones de la imagen A son sustituidas aquí por una parte por una serie de puntos, cuya amplitud viene determinada por el mayor o menor brillo. La sonda no permanece fija, como en el modo A, sino que se moviliza siguiendo una lí-

nea, cuya sumación de puntos dará lugar a la imagen.

Según sea el desplazamiento de la sonda distinguiremos:

1. **Manual:** el explorador desplaza la sonda sobre la superficie con la mano. Suelen estos aparatos poseer un tubo con "memoria" electrónica, lo que hace que la imagen persista y pueda borrarse a voluntad.

2. **Mecánica:** en estos aparatos la sonda no contacta con la piel directamente, sino que se interpone un recipiente con líquido. Dicha sonda se desplaza automáticamente en el medio líquido, a una velocidad igual o mayor a las 16 veces por segundo, lo que da lugar al fenómeno de persistencia retiniana y por tanto sensación de movimiento. Estos son los llamados aparatos de imagen dinámica, en contraposición a los del grupo anterior, que se denominan de imagen fija.

c) **Modo M o T.M.:** se trata de un modo de registrar el movimiento. La sonda permanece fija, y por un método artificial, el aparato arrastra, por así decirlo, la imagen sobre la pantalla en un tiempo determinado. Se usa especialmente en cardiología y en nuestro caso para el registro de los movimientos cardiorfetales.

Pasemos ahora a detallar la metódica de la exploración: la paciente se coloca en decúbito supino, con la sola condición previa, siempre exigible de que la vejiga se halle llena, indicando a la paciente que beba y se abstenga de orinar desde aproximadamente dos horas antes de la exploración; en casos urgentes recurrimos al relleno vesical por sonda.

Antes de la exploración se recubre la zona, con un líquido de escaso índice de reflexión. Con la sonda procedemos a practicar barridos, longitudinales y transversos de la forma más completa posible, procurando interpretar lo que vemos.

Pasemos ahora al estudio de las principales imágenes que podemos hallar en obstetricia, primero lo normal, para detallar a continuación, lo patológico. Distinguiremos la exploración en el primer trimestre de la de los otros dos.

CRECIMIENTO UTERINO: el tamaño del útero no grávido, es unos 7,5 - 8 cms. de longitud, apre-

ciándose en la imagen ecográfica, siempre con la vejiga llena, la pared anterior, el fondo y la pared posterior; corriendo la sonda a ambos lados, vemos los ovarios, fuertemente ecorefrirentes.

Una vez iniciada la gestación, el útero cambiará de forma y grosor. Las dimensiones uterinas usadas para la confección de parámetros de crecimiento son:

- diámetro longitudinal
- diámetro transversal
- diámetro antero-posterior

El longitudinal y el anteroposterior tiene un crecimiento lineal entre ellos, mientras el transversal crece más lentamente.

Aunque STEIN considera el transversal como el más preciso, y llega a asegurar que las dimensiones en centímetros equivalen en los primeros meses, al número de semanas, comparando los distintos resultados, se llega a la conclusión que el longitudinal es el más fiel.

SACO AMNIOTICO: su aparición constituye el primer dato ecográfico de seguridad en el diagnóstico de la gestación. Tiene lugar en la quinta semana.

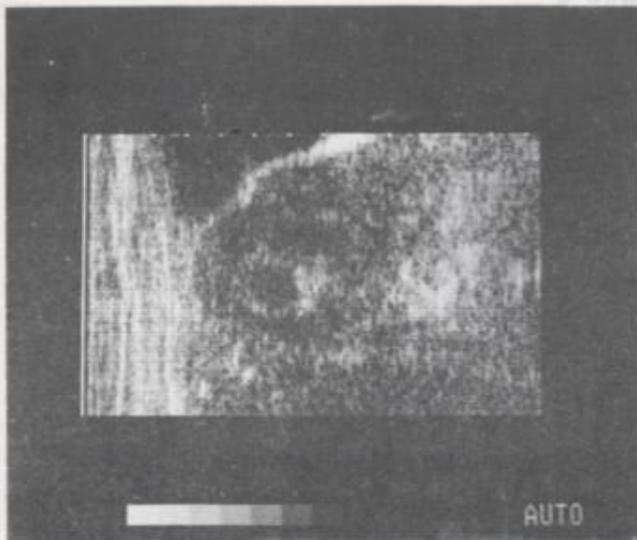
Tiene la forma de un anillo que puede ocupar el fondo o alguna de las paredes.

Sobre la sexta semana suele ser visible el embrión, cuyos movimientos, empero, no suelen ser ostensibles hasta la séptima semana; el embrión destaca dentro del huevo por su elevada ecorefrirentia. En la octava semana ya ocupa casi la mitad del saco gestacional.

Además de las medidas del útero, las del saco nos permiten calcular el tiempo de la gestación hasta la 12ª semana, en que se pierde la visualización del mismo, por la fusión de sus paredes con las uterinas, pero providencialmente, es también en este momento cuando hace su aparición la cabeza fetal, como una formación redondeada, muy ecorefrirente, de gruesas paredes, econegativa en su interior, pudiéndose ya apreciar el eco medio, por lo que su medición nos proporcionará de aquí en adelante, el dato cronológico que necesitamos.

Desde la 10ª semana podemos observar los movimientos cardíacos del embrión además de los somáticos. A estos últimos precisamente, algunos autores los clasifican por sus características en:

- fuertes y vigorosos
- lentos y perezoso
- ausente



Vesícula mal delimitada. Mioma cara anterior de 2'5 cm.

atribuyendo según como sean, una significación pronóstica.

Analicemos ahora los cuadros patológicos de este primer trimestre:

INTERRUPCION DE LA GESTACION: podemos encontrarnos con los siguientes cuadros:

1. útero vacío, que no podemos diferenciar de un útero normal.
2. útero homogéneamente engrosado con aparición de ecos distribuidos por la cavidad, en ocasiones muy fuertes, que nos hacen pensar en retención de restos.
3. Aparición de una vesícula vacía.
4. Embrión conservado, pero inmóvil y que no responde a la provocación de los movimientos.

Llamamos **HUEVOS ABORTIVOS PRIMARIOS** a aquellos que genéticamente están destinados a no desarrollarse. Usamos para su diagnóstico los signos de DONALD:

1. Vesícula embrionaria irregular, con límites mal definidos, de ecofringencia variable y en ocasiones con formas anómalas: aplastados, arriñonados, etc.
2. Vesícula retrasada con respecto al tiempo de amenorrea.
3. Falta de crecimiento de una exploración a otra.
4. Embrión inmóvil a partir de la 9ª semana.

AMENAZA DE ABORTO: en este cuadro, junto a un embrión móvil, se aprecia un aplastamiento por uno de los lados del saco, con existencia por encima de esta zona de un espacio econegativo

entre el huevo y la pared, que interpretamos como un hematoma. Según la extensión del mismo haremos el pronóstico del caso.

Naturalmente, de hallar un cuadro similar, pero con embrión inmóvil, el diagnóstico de interrupción de la gestación se impone.

ABORTO INCOMPLETO: apreciaremos aquí ecos difusos, fuertes, adosados a fona o a las paredes, en ocasiones recordándonos un saco más o menos incompleto.

MOLA VESICULAR: es uno de los diagnósticos más agradecidos de la ecografía. Hallamos la imagen denominada por DONALD "en copos de nieve", producidas por la ecofringencia de las vesículas, y que rellena total o parcialmente la cavidad. Lo normal es que no encontremos feto aunque puede haber excepciones.

EMBARAZO GEMELAR O MULTIPLE: hallamos dos o más vesículas embrionarias, o bien una vesícula con dos o más embriones.

En esta época, este hallazgo no significa que necesariamente lleguen a término, pues como indica BONILLA, estando de acuerdo con él numerosos autores, es corriente la desaparición de un saco o de un embrión.

EMBARAZO ECTOPICO: en él la ecografía constituye un método muy pobre para su diagnóstico. KOBAYASHI describe una serie de signos:

- En útero: ecos difusos
- agrandamiento
- ausencia de saco

Fuera del útero:

- masa extrauterina irregular conteniendo ecos (no visibles siempre)
- en casos excepcionales cabeza fuera de la cavidad.

El mismo autor, con toda su experiencia no puede evitar un 24% de errores en el diagnóstico de esta entidad clínica.

Imágenes en el segundo y tercer trimestre.

PAUTAS DE CRECIMIENTO FETAL: desde el comienzo de la aplicación de los ultrasonidos, se midieron los ejes cefálicos transversos, el denominado diámetro biparietal, que definimos como aquel que contiene, equidistante entre los ecos co-

rrespondientes al parietal anterior y posterior, el eco medio.

Con las diferentes curvas realizadas por distintos autores se vio que el crecimiento de este diámetro no es lineal, sino que adopta forma de S itálica, con tendencia al aplanamiento en la semana 32, siendo el crecimiento aproximado de 2,5 mm. por semana hasta la semana 32, para pasar luego a 1,6 mm.

THOMPSON en 1965 inició el estudio por mediciones torácicas y abdominales, llegando prontamente a la conclusión que podría predecir el peso fetal con mayo fiabilidad que con el DBP. Su dificultad principal estriba en que no existen planos definidos internacionalmente, aunque los más usados son: a nivel del área cardíaca para el torácico y con la visualización de la vena umbilical para el abdominal.

La curva de crecimiento del DT si es lineal, ascendiendo desde los 23 mm. en la semana 14 a 105,6 en la 42 con un incremento medio de 3 mm. semanales.

Para el DBP el límite de la madurez oscila para los distintos autores entre los 85 y 95 mm.

SITUACION, PRESENTACION Y POSICION: es un diagnóstico muy fácil, basándonos para ello en el polo cefálico y en la columna vertebral, que nos da la llamada imagen en "caña de bambú". Debemos decir, empero, que antes de la semana 32 el feto es muy inestable y aún después de ésta, no es raro observar cambios de posición.

LOCALIZACION PLACENTARIA: la placenta la vemos con un aspecto jaspeado típico. Muy fácil cuando está situada en cara anterior, pero especialmente a partir de la semana 30, si se halla en cara posterior, el feto, ya de buen tamaño, nos produce una fuerte sombra que nos dificulta o impide su total visión. No obstante como la indicación primordial de su localización es la práctica de una posterior amniocentesis, aún en el peor de los casos podemos asegurar que no se encuentra en la cara anterior.

Pasemos a continuación a detallar su aplicación en algunos cuadros patológicos:

FETO DISTROFICO (small for date): definimos así aquellos fetos que se hallan por debajo del 10 percentil de la curva de crecimiento.

Sabemos que en ellos, la morbilidad y mortali-

dad es estadísticamente muy superior a un grupo de fetos considerados normales. De aquí el interés en su diagnóstico.

Para ello es preciso realizar determinaciones seriadas del DBP y también, es conveniente, del DT.

En estudios retrospectivos BONILLA describe la existencia de dos tipos de fetos de bajo peso: a) uno con un desarrollo inicial normal del DBP y que posteriormente van retrasándose en su desarrollo.

b) otro en que ya desde el primer control se halla una diferencia de percentil interior a 10, permaneciendo así hasta el momento del parto.

Podemos suponer que la etiología del primer grupo sería un factor ambiental, mientras en el segundo se trataría de un factor genético o bien un error en la fecha de la última menstruación.

Si consideramos además el DT, vemos como en el primer grupo el retraso es más rápido en este diámetro que en el DBP. CAMPBELL denomina "late platening" al grupo en que el retraso existe sólo en el DT y no en el DBP.

MUERTE FETAL: lo primero que nos deberá llamar la atención será la ausencia de signos directos de vida fetal, cuales son movimientos somáticos y cardíacos.

Más allá de la semana 20 los procesos autolíticos se añaden, dándonos los llamados signos indirectos, descritos por HOFMANN en 1966 y que son:

- doble halo
- deformaciones cefálicas
- deformabilidad cefálica



Gestación 11 semanas Hematoma polo inferior del huevo.

El doble halo o "corona de santo" como la denominan otros autores, se produce por el edema post-mortem, que hace que la separación entre la parte blanda y la ósea de la cabeza, aumente, con lo cual el poder de definición de los aparatos, al contrario de lo que ocurre en un cráneo normal, es ya suficiente para proporcionarnos la imagen de cada una de estas partes.

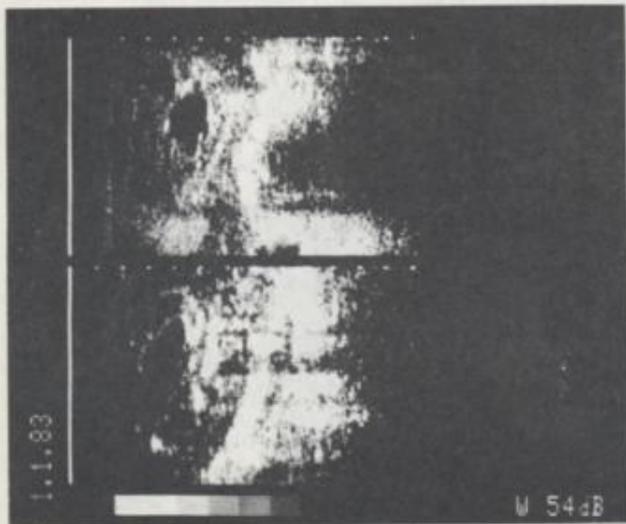
La deformación y deformabilidad se produce por el reblandecimiento hístico; como deformación podemos también incluir el clásico signo de Spalding, descrito en radiología.

Además de estos signos observamos:

- desaparición del eco medio
- aparición de ecos intracraneales
- pérdidas de definición de la columna vertebral

MALFORMACIONES FETALES: todo diámetro biparietal superior a 11 cms. deberá hacernos pensar en una **hidrocefalia**, apareciendo la masa cefálica como una gran colección líquida con eco medio en general conservado.

La **ANENCEFALIA** puede observarse a partir de la semana 25, recomendado KRATOCHWILL el estudio radiográfico complementario. Las imágenes serán en este caso por defecto, ya que en vez de las calotas, lo que hallamos a continuación del



Hidronefrosis

tórax, es una masa de ecos intensos que corresponden a la base del cráneo.

Se han publicado por distintos autores numerosos trabajos sobre detección de otras malformaciones: onfaloceles, riñones poliquisticos, **meningoceles**, etc.

PLACENTA PREVIA: es la indicación más frecuente tras la previa a la práctica de una amniocentesis, para la localización placentaria y es imprescindible hacerla con vejiga llena. El diagnóstico es seguro desde la semana 20, dándonos además de su existencia, el grado de oclusividad, lo que será muy importante a la hora de determinar la conducta obstétrica.

Con frecuencia como observa BONILLA, ocurre que la placenta que en fases precoces de la gestación, se insertaba en el segmento inferior, en sucesivas exploraciones se ve como dejan de relacionarse con el.

HEMATOMA RETROPLACENTARIO: desde los casos publicados por HERSCHLEIN y LUNDBERG, numerosos autores han confirmado la sencillez de éste diagnóstico ecográfico, valorable sobre todo, por tratarse la mayoría de las veces de casos subclínicos. La imagen consiste en la aparición de un hematoma, como zona oscura, entre la pared uterina y la placenta, desviando esta última. Debemos diferenciar esta imagen de una franja oscura, de grosor semejante en toda su extensión que generalmente abarca toda el área placentaria y que, según FISHER correspondería al espacio coriódico y según BONILLA a los lagos intervellosos próximos a la decidua.

GESTACION GENERAL O MULTIPLE: así como en el primer trimestre era la presencia de dos o más sacos embrionarios o dos o más embriones lo que la caracterizaba, ahora, una vez aparecidas las calotas será su número, en un mismo plano o no, lo que nos dará el diagnóstico pero, siempre antes de emitirlo, es necesario hallar dos o más movimientos cardíacos y dos o más columnas vertebrales.

LA SEDUCCION

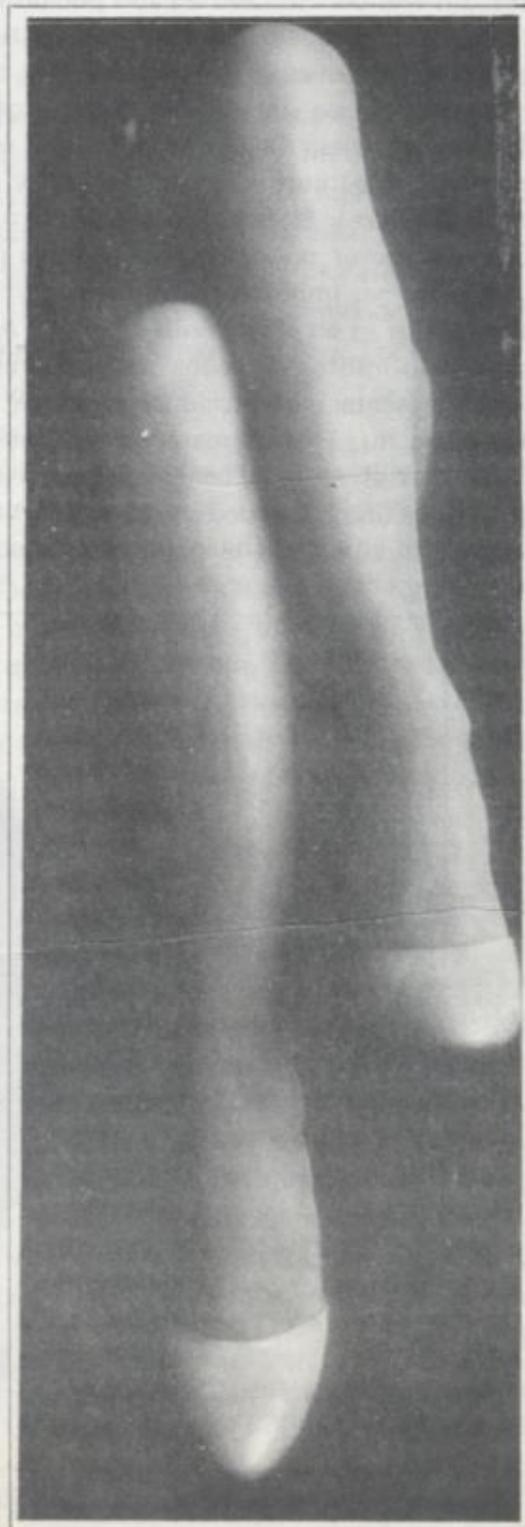
Dr. Bartolomé Beltrán

Seducir es el gran reto de nuestra civilización. Todo lo que deseamos, conseguimos, amamos y poseemos es producto de una inclinación. De una pulsión hacia lo que pretendemos conseguir. Desde las sofisticadas campañas de los publicistas hasta la atención de unos alumnos a su profesor se mantiene una constante: la seducción. Persuadir, invitar a alguien con promesas o engaños a que haga alguna cosa, según reza el diccionario es seducción. Pero también lo es inducir una persona a otra a tener relaciones sexuales. Todo ello como producto de la atracción, de cierta fascinación o por el simple hecho de ejercer sobre alguien una gran influencia o atractivo.

Esta bien, me lo temía, pero uno tiene la impresión de que en realidad lo que se entiende por seducción es siempre un asunto relacionado con la psicología del sexo. En ese sentido esa especie de arte de la vida consiste en "hallar la forma adecuada, el momento oportuno y el lugar conveniente para lograr la intimidad con otra persona".

Durante más de tres siglos la figura de Don Juan ha sido el prototipo del "gran seductor". El hombre que toda mujer soñaba encontrar. Pero al margen de las matizaciones, que podemos encontrar en la obra de Gregorio Marañón sobre el mito, la sociología y la patología del personaje, "Don Juan" fue un fraude social. Un personaje creado por el genio de España que como resultado de una sociedad patriarcal presentaba la creencia generalizada de que la mujer virgen, esposa y madre debían tener su complemento. Hoy, sin embargo, muchos estudiosos del tema se preguntan si Don Juan no ha sido borrado del mapa por obra y arte del psicoanálisis y la píldora anticonceptiva. Cierzo. Nos lo temíamos.

Se ha dicho que la seducción es la primera forma no violenta de comunicación. Así pues, a nadie se le oculta que en el engranaje de comportamientos humanos serán los del niño, en su más tierna infancia, los primeros modelos de seducción. El niño utiliza la seducción para sobrevivir. Más ade-



lante, en sus primeras relaciones sociales añade nuevas fórmulas de convivencia y de relación: sonrisas y juegos.

Sin embargo, la génesis del comportamiento humano es un largo camino que se inicia con el bagaje de lo innato para luego, en base a las interacciones personales, adquirir un código de comportamientos. En realidad se lleva a cabo por un fenómeno insensible y permanente en la vida del hombre: el aprendizaje. En cualquier aspecto del desarrollo, dice **Rene Zazzo**, intervienen factores genéticos y factores sociales. Así, el mismo autor se muestra contrario a los postulados extremistas y excluyentes de **Lorenz** y **Skinner**. Para el primero, la herencia es el factor principal, mientras que para el segundo lo más importante son los condicionamientos, ya que es en ellos donde se puede actuar. Por eso **Zazzo** insiste "De todos modos, Lorenz y Skinner representan orientaciones extremas, inadmisibles para mí. Existen materiales, influencias, con las cuales el niño se construye; todo comportamiento es una construcción. Se trata de ver de qué manera se construirá el niño, poco a poco, según

su patrimonio genético y según su patrimonio cultural, según las influencias que ejercen sobre él". Los psicólogos podrán entrecruzar sus postulados, dando una mayor relevancia a una u otra cuestión, pero nadie duda que, en la evolución del ser humano, los aprendizajes esenciales son el resultado de las relaciones de unas personas con otras. En ese sentido, se manifiesta **Josep Toro** en su monográfico sobre "El comportamiento humano". Para **Toro** "la interacción individuo-individuo es, quizás, el fenómeno central de la evolución individual e incluso social.

INFLUENCIAS

Cuando una persona INFLUYE SOBRE OTRA' LA ESTIMULA' ESTA ULTIMA RESPONDE DE ALGUN MODO' SE COMPORTA DE ALGUNA MANERA' Más este comportamiento, esta respuesta, también influye sobre aquella, también modifica su comportamiento. La evolución de un ser humano nunca se produce, pues, en solitario. El hombre evoluciona haciendo evolucionar a los de-



LA SEDUCCION DE LOS NIÑOS

más. Es influido influyendo”.

En ese juego de influencias, aprendizajes y comportamientos, se apoya el sistema de relaciones sociales que vivimos en la actualidad. Una sociedad de consumo, en la que los políticos se juegan cada día su prestigio o aceptación popular en función de la imagen, o que nos inclinamos por un determinado whisky, según la atracción que provoca un anuncio, es una sociedad que tiene en la seducción continua y permanente su gran aliada.

La historia de nuestro tiempo es una cadena de motivos y motivaciones. Y es más, se sabe que todo comportamiento gratificado tiende a repetirse. Es decir, a aprenderse. Por eso cuanto más fuerza tenga el sentimiento gratificador, más tendencia se tiene a repetirlo. En definitiva, se puede decir que todo reforzador provoca en quien lo experimenta una respuesta emocional. Todas las experiencias placenteras generan, por tanto, una tendencia especial hacia las fuentes de placer.

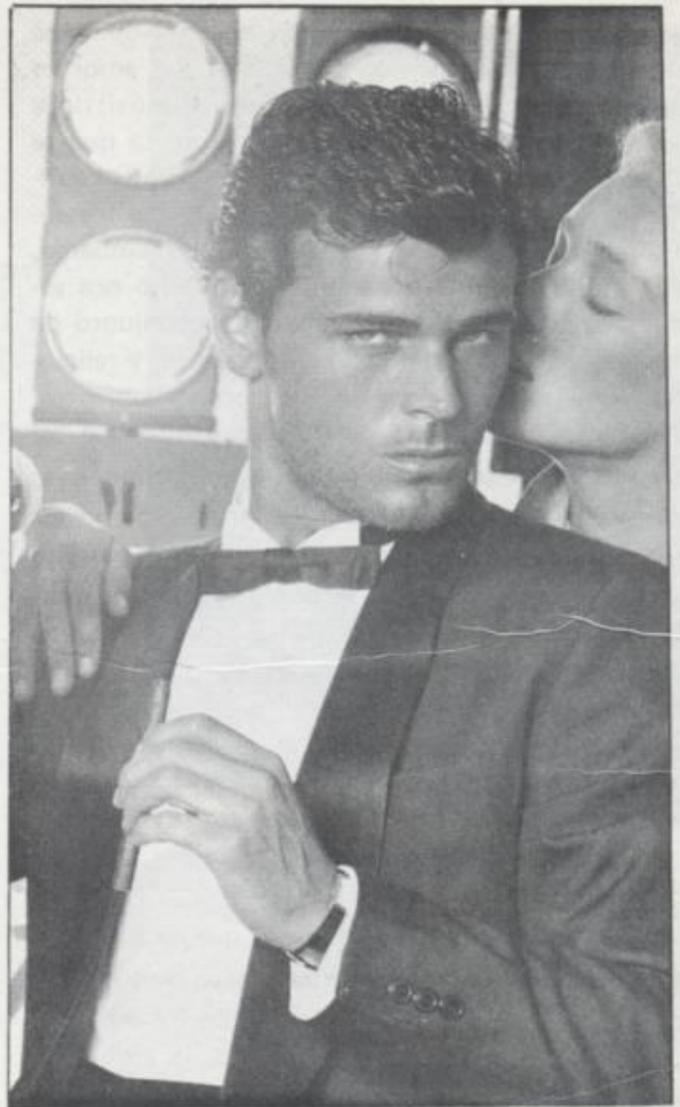
Hoy, estamos inmersos en una especie de “climax social” en el que la creación de necesidades, motivaciones o tendencias son fenómenos del comportamiento humano.

SEXO Y PLACER

Se tiende a hacer lo que proporciona placer y a rechazar lo que origina dolor. Y si tuviéramos en cuenta el reto de la medicina y de los médicos de nuestro tiempo, sería precisamente eso, evitar el dolor. En ese específico colectivo, los médicos, se establece una relación médico-enfermo que no está exenta de ciertas dosis de atractivo personal, sensación de seguridad y, en definitiva, confianza. Esa es otra dimensión de la seducción.

La seducción se podría definir como la técnica empleada para seguir el camino adecuado que conduzca a unas relaciones sexuales plenas y satisfactorias. La técnica de seducir, se ha venido utilizando en todas las culturas y civilizaciones. De diferentes modos y maneras, los papeles y los roles han ido variando para que finalmente se hayan esbozado técnicas diferentes.

Cualquiera se siente poseído en un momento determinado de un deseo sexual básico que depende, de alguna manera, de la producción de unas hormonas, que actúan como “mensajeros químicos” y que acaban por originar unos impulsos para la acción de los órganos y sentidos corporales.



LA SEDUCCION Y EL SEXO

Todo ello envuelto por un “estado anímico” que nos influye y que condiciona la vida sexual. Lo psicológico es determinante, al igual que el cansancio, la preocupación, la timidez y la vergüenza.

PASION O DESTINO

Hemos dicho que la seducción es la primera forma no violenta de comunicación. Se utiliza desde que el hombre está sobre la tierra. El niño, en sus primeras ingenuidades, utiliza una forma primaria de seducción, basada en la estrategia innata de obtener sus propósitos por el camino más corto.

También se suele asociar la seducción a las primeras relaciones sexuales. O, más bien, al espacio de tiempo que transcurre entre el deseo y la materialización de unas relaciones. **Jesús Hermida** ase-

gura, en multitud de ocasiones, en frase de no sé de quien, que "lo más importante del amor es cuando se sube la escalera". Cuando el móvil de la seducción es esa quimérica actitud por la que se persiguen objetivos inmediatos, se pierde en el abismo todo cuanto se había imaginado en los instantes previos a la atracción de los sexos. Sin embargo, en alguna medida, luchamos para que no nos seduzcan. La sociedad establece en su conjunto de normas, deberes y obligaciones, creencias y religiones, una modificación de los comportamientos. Así, **Jean Baudrillard**, matiza en su libro que "si bien la seducción es una pasión o un destino, es la pasión la que triunfa más a menudo: la de no ser seducido. Luchamos por fortalecernos en nuestra verdad, luchamos contra el que quiere seducirnos. Renunciamos a seducir por miedo a ser seducidos. Todos los medios son buenos para escapar de ello. Van desde seducir al otro sin tregua, para no ser seducido, hasta hacer como si uno estuviera seducido para poner término a cualquier seducción".

NEGAR EL SEXO

Pero en el caso de que hubiera, que las hay, unas reglas del juego sexual entre las parejas, una especie de ley natural, que rige la pulsión de los seres humanos hacia el placer, en ese caso, la seducción es una forma de negación del sexo. Quizás, la fórmula más sensual e inteligente de la que solo son capaces los descendientes del "homo sapiens". Por ese camino debe plantearse si la seducción no es la forma más sutil y desarrollada de ser perverso y hasta inmoral. Dice **Baudrillard** en "De la seducción" que "la fuerza de fascinación del orden perverso proviene de un culto ritual fundado en la regla. Perverso no es lo que transgrede la ley, sino lo que escapa a la ley para entregarse a la regla, escapa no solo a la finalidad productiva, sino al orden sexual mismo y a su ley simbólica para encontrar una forma ritualizada, regulada, ceremonial".

LA IMAGEN

Entre los comportamientos seductores no se puede ocultar que hay un lenguaje del cuerpo, del vestido, de las miradas, y de todo cuanto puede aportar algo más al maléfico juego de la atracción

o el rechazo. **Helene Moneret** en su trabajo "Vivir juntos" afirma que "el cuerpo, el comportamiento y los modales" constituyen los primeros soportes de la comunicación con el otro. Un mal conocimiento de su cuerpo o una distorsión de su imagen puede ser causa de dificultades en este terreno". Sin embargo, la misma autora matiza que "los psicoanalistas han llamado "imagen del cuerpo" a la representación que nosotros mismos nos hacemos de nuestro cuerpo, de su forma y de su posición en el espacio, así como del aspecto que pensamos que tiene para los demás. Esta imagen se construye progresivamente a través de los aprendizajes motores de la infancia: hacia los seis meses, el niño ante el espejo, descubre la imagen de su cuerpo como parte de su unidad, de la organización total de su persona. Aunque está casi completa hacia los siete años, esta imagen sigue sin embargo transformán-



LA SEDUCCION Y LOS VESTIDOS

(continúa en la pág. 17)

III JORNADAS NAC

COMITE ORGANIZADOR:

PRESIDENTA: M^a Angeles Rodríguez Rozalén
VICEPRESIDENTA: M^a del Carmen Herradón Martín.
SECRETARIA: M^a Teresa Muñoz Redondo
TESORERA: M^a Isabel Bayón de Miguel
VOCALES: José Manuel Pérez Gay, Asunción López Villalba, Alicia Rosado Dávila, Carmen Pérez Domingo

PLANIFICACION FAMILIAR Y SEXOLOGIA

Diciembre 1983

CONTENIDO DEL PROGRAMA

Día 4 Llegada por la tarde de las participantes y recogida de Documentación.

20,30 h. Cocktail de bienvenida en el hotel PALACE.

Día 5

9,10 h. Entrega de Documentación.

10,00 h. Sesión Inaugural (a cargo de Autoridad Competente).

10,30 h. Conferencia: Anticoncepción natural. Prof. Usandizaga, Director de la Maternidad La Paz. Madrid.

11,30 h. Pausa para café.

12,00 h. **Matronas:** Comunicaciones libres.

13,00 h. Recepción ofrecida por el Ayuntamiento de Madrid en la Casa de la Villa.

14,30 h. Almuerzo de Trabajo.

16,30 h. Conferencia: Conducta sexual humana: variantes y disfunciones. Dr. F. Cañas de Paz, Médico Psiquiatra. Madrid.

17,30 h. Pausa para café.

18,00 Película.

18,15 h. Coloquio a cargo del Dr. Roncales

20,30 h. Cena Espectáculo en la Sala Scala.

Día 6

9,30 h. **Matronas:** Comunicaciones libres.

10,30 h. Conferencia: Anticoncepción por dispositivos y oclusión tubárica. Prof. H. Alcántara, Jefe de Servicio, Maternidad La Paz. Madrid.



IONALES DE MATRONAS

- 11,30 h. Pausa para café.
- 12,00 h. Conferencia: Ant. concepción de barrera. Dr. Méndez Carpe, de la Academia de Medicina de Cataluña y Baleares y de la Soc. Americana de Fertilidad.
- 13,00 h. Mesa Redonda.
- 14,00 h. Almuerzo de Trabajo.
- 15,30 h. Matronas: Comunicaciones libres.
- 16,30 h. Conferencia: problemas actuales de la Planificación Familiar. Dr. Fernández Penela, Diplomado en Salud de la Familia y Planificación Familiar por la OMS.
- 17,30 h. Pausa para café.
- 18,00 h. Conferencia: Sexualidad y Anticoncepción. Dra. M.I. Caicoya, Prof. de Psicología Médica y Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.

19,00 h. Coloquio.

19,30 h. Información a cargo de la Asociación Nacional de Matronas y Consejo Nacional.

Día 7

9,30 h. Conferencia: Sexualidad en el embarazo y puerperio. Dr. E. Baca, Prof. de Psicología Médica y Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.

11,30. h Pausa.

12,00 h. Conferencia: Anticoncepción hormonal. Prof. Caballero, Jefe de Servicio de la Provincial de Madrid.

13,00 h. Clausura por una Autoridad competente. Tarde libre.

21,30 h. Cena de Clausura: Hotel Palace.



dose, evolucionando y precisándose durante toda la vida en función de los diversos factores de nuestra experiencia. Por desgracia, la imagen del cuerpo queda muchas veces desvalorizada: hay un desfase entre lo que somos y lo que percibimos de nosotros mismos, entre lo que pensamos que los otros piensan de nosotros y lo que realmente representamos para ellos”.

VESTIDOS

Cuando el vestido se convierte en un arma del seductor pueden establecerse tres funciones principales. El vestido puede acentuar el sexo, o puede negarlo como mecanismo de protección y, finalmente, puede mantener una posición intermedia que no es otra cosa que el pudor. Es un hecho cierto y comprobado que cuando dos seres humanos experimentan una atracción sexual las pupilas de sus ojos se dilatan automáticamente. Tanto es así que investigaciones realizadas recientemente han demostrado que la mayoría de las personas se muestran instintivamente más receptivas hacia unos ojos con pupilas dilatadas que hacia todo lo contrario. Algunos autores aseguran que la mirada permite descubrir, evaluar, comprender y sentir al otro. En efecto, el primer contacto se realiza por la mirada. Una mirada furtiva, larga o aguda, un guiño más o menos pronunciado crea la atmósfera necesaria que invita a la perversidad.

“Ningún jugador debe ser más grande que el juego”, escribió **Rollerball**. Por eso, **Baudrillard** matizó “la seducción es un juego y un destino, de tal manera, que los protagonistas son guiados hacia su fin ineludible, sin infringir la regla— pues están unidos por ella— y esa es la obligación fundamental: es necesario que el juego continúe, aun al precio de la muerte. Una especie de pasión une a los jugadores con la regla que los une, y sin la que no habría juego posible”.

Con todo, estamos de acuerdo con **Leticia Paulozzi**, “Los juegos del seductor son como el deseo



que camina sobre el filo de la navaja: está sobre una cresta en equilibrio precario. Por un lado, está el abismo; por el otro, una tranquila calle casi llana. Elegir querría decir eliminar la tensión. Mantenerse en equilibrio significa ceder a la peligrosidad del deseo, a los arrebatos de las emociones que lo acompañan”. ■

Importancia social de la Matrona



Importancia social de la Matrona en el seno familiar.

Estamos convencidos de la importancia profesional de las matronas y de su absoluta necesidad en un país. Que nos llamemos matronas, o enfermeras especializadas en Obstetricia, da exactamente lo mismo. Lo importante es que cumplamos lo que nos corresponde. Las matronas tenemos una misión social de la mayor importancia y, al mismo tiempo que asistimos a las embarazadas, parturienta o púérpera, debemos actuar como difusoras de los principios de higiene, aprovechando nuestra privilegiada situación en el seno de las familias.

Desde hace años, se reconoció la enorme importancia de las matronas y en algunos países, como Suecia y Noruega, nuestras compañeras asistían al 85% de los partos, con resultados excelentes. En los Estados Unidos, un famoso servicio de enfermeras de la frontera, compuesto también por matronas, y con ayuda médica para los casos distócicos, resolvió el problema de la asistencia maternal en extensos territorios montañosos. Para obtener estos resultados hace falta, desde luego, un personal bien preparado, teórica y prácticamente, bajo la dirección adecuada.

Todo esto lo hemos conseguido también las matronas españolas. No se puede negar que hemos me-

yorado, pero aún no es suficiente. El avance en el terreno científico y práctico debe ir unido, por otra parte, a un mayor nivel económico, ya que resulta injusto y desmoralizador que un trabajo, tan duro y de tanta responsabilidad como el nuestro, no reciba su recompensa, es decir, su reconocimiento. El mantenimiento de una vida profesional decorosa, exige remuneración adecuada o, lo que es lo mismo: nuestra profesión debe gozar de prestigio y consideración general. Lamentablemente, con frecuencia falta una y otra cosa.

Para evitar esto, para gozar verdaderamente de un respeto profesional, es necesario, en principio, y al margen de otras medidas por parte de la Administración, un plan individual para cada matrona. La matrona debe trabajar mejor, **ser mejor matrona**. Hoy día hay muchísimas profesionales excelentes, pero aún hay algunas que no trabajamos al nivel que desearíamos. Incluso, la mayoría de las que desempeñan bien su labor suelen adolecer de un defecto que impide nuestro propio progreso y esteriliza nuestro esfuerzo: después de terminada la carrera no estudiamos nada, nos transformamos en máquinas de asistir partos y nos hacemos rutinarias; vamos prescindiendo de muchas cosas que

aprendimos y que resultan solo en apariencia superfluas. En síntesis, perdemos toda inquietud científica y anulamos completamente nuestra personalidad profesional.

Por supuesto que existen disculpas a este modo de proceder. Por una parte, no existe nada que pueda fomentar nuestros deseos de superación, salvo en algunos casos aislados por motivos de satisfacción personal. Por otra, una vez terminada la carrera perdemos todo contacto con la Universidad, apenas si hay libros para matronas y, hasta ahora, carecíamos incluso de una revista periódica. Ahora, gracias al entusiasmo de un grupo de compañeras, tenemos al fin nuestra Revista, lo cual servirá para aumentar nuestro interés científico y repercutirá positivamente en nuestro trabajo profesional. Por cierto, es necesario señalar aquí la importancia de colaborar con la Revista, por ejemplo escribiendo artículos firmados por matronas. No hay nada que se oponga a que una matrona escriba sobre lo que sabe, sobre lo que experimenta a diario, sobre sus ideas de organización, etc. En otros países, como Norteamérica, ésto es una práctica común. Y, además de ésto, también impartir clases a las alumnas/os de matronas (investigación docente, etc.) porque si los jóvenes tienen la Universidad nosotros gozamos de la experiencia.

Para todo ésto, insisto en la necesidad de superarnos y reciclarnos. Ahora tenemos la ventaja de poder asistir a cursos de nivelación y actualización para matronas, pero es necesario, por un lado, que se nos exijan y, por otro, que se nos facilite las necesarias facilidades y ayuda, por parte de la Administración, para poder atenderlos. Todos estos cursos de reciclaje, educación maternal, planificación familiar, etc., representan no solo un bien personal sino también social, y dignifican aún más a nuestra profesión.

De cualquier modo, se impone que las futuras matronas aprendan una lección importante: bien será que espere ayudas ajenas merecidas, pero, mientras, **ella y sólo ella** debe elaborar su propio prestigio, estudiando ampliamente y con inquietud científica, porque es decisivo que la formación práctica esté sólidamente fundamentada a nivel científico. Y ésto va especialmente dirigido a aque-

llas alumnas/os que, mal aconsejados, quieren terminar la carrera en un solo curso, que piensan que basta con saberse de memoria un libro o varios, es lo mismo. Y ésto es un error porque los libros no pueden suplir lo que sólo la práctica puede proporcionar, y la práctica es lenta y difícil, requiere mucho tiempo y bien aprovechado.

Porque no solo se trata de asistir el parto, sino también de aprender el trato con las embarazadas, de estudiar su psicología, asepsia verbal, apoyo moral a la futura madre, saber hacerla sentirse con la verdadera artífice de su parto, a fin de que reciba a su hijo con la mayor ilusión y éste sea acogido positivamente en el seno de la familia. Es decir, se trata de formar una conciencia "obstétrica" y dominar un diagnóstico. Y hasta entrenarse para comer a deshoras y dominar el sueño. Todo ésto, y aún más, exige bastante tiempo y, sin él, no se puede ser matrona.

Yo confío en que todas seamos grandes colaboradoras, junto al obstetra y el pediatra, a fin de proporcionar la máxima calidad de vida fetal, neonatal e infantil, con el fin de dar a cada individuo la mayor oportunidad para un desarrollo físico, mental y emocional óptimo. De esta manera, la futura matrona queda advertida de que el cumplimiento de su deber tiene resonancia nacional, de que existen causas evitables de muerte fetal y, asimismo, de que la profesión que ha elegido persigue los fines más altos y elevados.

La matrona es una mujer especial, espectadora y partícipe de algo tan transcendental como es el traer al mundo a un nuevo ser. Y, así, ella asiste a cantidad de momentos trascendentes a lo largo de su vida. Lo que empezó siendo una profesión con más o menos vocación, se convierte, con el tiempo, en un modo de ser, en una "filosofía de la vida" y, ésto, hace distinta a la matrona. Quien todavía piense que sobran las matronas no sólo peca de ligereza, es que además desconoce por completo lo que es la Obstetricia y su transcendencia social.

M.R.

Matrona Coordinadora del Servicio de Partos de la R.S. de Cáceres

«Guía práctica de la mujer embarazada»

Autor: Dr. Bartolomé Beltrán



PROLOGO A LA OBRA POR:
Ramón Sánchez-Ocaña

Cualquier actividad científica o técnica que cuente entre sus virtudes un marcado carácter divulgativo, eminentemente prioritario, tiene ya de antemano justificada su aparición. En este sentido, el libro del doctor Bartolomé Beltrán, "Guía práctica para la mujer embarazada", viene a llenar un espacio ausente de información que tienen las mujeres en período gestacional, época que, por otra parte, coincide con la angustia de no saber qué va a ser de su nuevo ser; si sufre, si padece, si tiene algún tipo de enfermedad, infecciones o alteraciones determinadas que pueden influir en esa etapa tan peculiar de la vida de las mujeres. Pues bien, la obra del doctor Beltrán constituye un reto valiente, por cuanto su intención de querer estar en ese lugar que es inaccesible para el periodista normal y al que no descienden los científicos que están en la vanguardia de la investigación, es en sí misma importante.

Los clínicos, como el autor de éste libro, se encuentran diariamente con una serie de problemas, periódicamente puestos de manifiesto en las consultas diarias. Ni las mujeres se llevan las explicaciones que les gustaría recibir ni preguntan al clínico con la serenidad y con la soltura con que ellas mismas se interrogan en sus hogares. Y esto es así, quizá, por el temor que queda en nuestra sociedad ante la imagen del médico, como brujo de la tribu, y al que se mira con más respeto del que debiera, cosa, por otra parte, que no debiera ser así y que viene a entorpecer la normal relación del binomio médico-paciente. Conscientes de este hecho, un grupo

de especialistas, bajo la pluma científica y periodística del doctor Beltrán, han sabido poner la consulta diaria en los papeles, queriendo lograr con ello una perfectacomunicación con todos los niveles culturales de nuestra sociedad y establecer sobre las páginas de este significativo trabajo una guía objetiva, prudente, seria, científica y, fundamentalmente, divulgativa.

"Guía práctica para la mujer embarazada", estructurada en tres partes, quiere conformar y contener todas las inquietudes que puede tener una mujer en período de gestación. La primera parte se refiere a la actividad de la mujer actual ante el embarazo; cómo se inicia, cómo se descubre y las modificaciones inherentes a su organismo y al nuevo ser que se está formando dentro de él. También son contemplados una serie de problemas que conlleva la situación de gestante. Así, sufrirán cambios la misma imagen de su personalidad, la cara, el cuerpo, las piernas; se pierde la normal fisonomía de su organismo para transformarse en algo fundamental, que es la creación y formación de un nuevo ser. Del mismo modo, habrá variaciones en las relaciones sexuales e incluso la misma psicología de la mujer tendrá que adaptarse a las nuevas peculiaridades. Y es que en el fondo, aún siendo normal el hecho de estar embarazadas, existe una anormalidad de comortamiento, dado que hay una actitud diferente a la de las otras mujeres que no están en esta etapa de su vida.

La segunda parte la componen una serie de capítulos en los que se ven ciertas alteraciones que vie-

nen a entorpecer y alterar la conducción normal del embarazo, como pueden ser el hecho de que se trate de un embarazo gemelar porque se haya detectado por ecografía, el que la mujer sea hipertensa, diabética, cardiópata o tenga una serie de cambios y en el que, además, se explican los posibles riesgos de tener un hijo subnormal, con la incidencia que esto tiene en España. La responsabilidad social que ello comporta y en la que la Reina de España ha venido a ocupar un lugar preva-
 ciente al presidir el Consejo Nacional sobre Subnormalidad. Finalmente, el cúlmen del libro, la tercera parte, acaba en un área en que queda determinado perfectamente lo que es el parto normal y los métodos de que disponen los médicos para realizarlo. Es decir, con qué sistemas de actuación puede ayudar el médico a la paciente para conseguir que el parto acabe felizmente. De este modo, el libro del doctor Beltrán queda reducido a sus justos límites, en qué consiste el empleo de la espátula, del forceps, la ventosa o la práctica de la misma cesárea; en definitiva, todo aquello que las mujeres oyen a sus amigas que se manejó en sus respectivos partos. Al poner en claro la utilización de esos instrumentos se pretende, única y exclusivamente, acabar con esa creencia que dedica a su empleo un aspecto de atrocidad y que puede traer fatales consecuencias para la madre y para la criatura que va a nacer.

Este libro finaliza con el producto de la concepción, es decir, con la obtención de un recién nacido, sobre el que se nos dan todas las características y particularidades: desde su piel, su coloración, cómo debe ser la respiración, la frecuencia cardíaca hasta la alimentación, sin dejar de atender todo ese conjunto de cosas que tanto preocupan y que se manifiestan en la relación madre-hijo, cuya principal concreción la constituye la lactancia, el principal apoyo psicológico a los niños en una fase que los médicos han determinado como puerperio, o sea, el tiempo que va desde el momento del parto hasta que aparece la primera menstruación. Este libro que ahora tiene usted en sus manos, es de un gran valor, ya que las sucesivas recomendaciones que se hacen a lo largo de sus páginas tienen una extraordinaria misión: dar luz a la angustia y a la ansiedad que puedan sentir las futuras madres debido a un desconocimiento de los hechos, que de cualquier manera son normales. Cabría esperar que el esfuerzo realizado por el doctor Beltrán y por un grupo de especialistas en la confección de esta obra fuese seguido por otros profesionales. Por ese camino empezaríamos a ser todos un poco más nosotros mismos, sin necesidad de ruborizarse ante acontecimientos que, en el fondo, son simplemente humanos. ■

Reformas Sanitarias

por De la Torre O



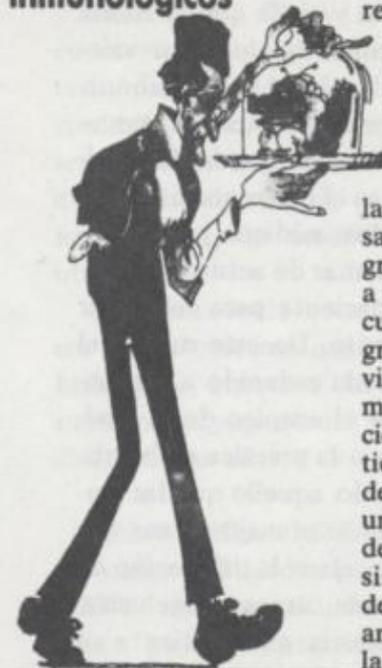


Evitar el alcoholismo

El consumo de bebidas alcohólicas en niños y adolescentes menores de dieciséis años exige un análisis serio, independientemente del tratamiento melodramático que a veces recibe. Esta necesidad de encarar la problemática que conlleva ha empujado al Instituto Español de Investigación sobre Bebidas Alcohólicas (INESIBA) a editar un pequeño ma-

nual, escrito por el psicólogo **Marcelo Pascual**. El texto, dirigido a padres y educadores, pretende actuar en concordancia con todas aquellas organizaciones tanto nacionales como internacionales para que este problema desaparezca. Porque, en realidad, la historia de muchos alcohólicos comienza con esas primeras copas de la infancia.

Remedios inmunológicos



Los biólogos han descubierto que existe una relación directa entre la propensión a una u otra enfermedad que amenaza al ser humano y algunas propiedades hereditarias del organismo. Por ejemplo, las personas que poseen sangre del llamado primer grupo son más propensas a infecciones seudotuberculosas; las del segundo grupo son vulnerables a la viruela y la gripe. Actualmente, los logros de la ciencia permiten diagnosticar la invulnerabilidad del cuerpo humano ante una serie de enfermedades. Con un simple análisis sanguíneo se puede determinar la inmunidad ante la fiebre palúdica y la tifoidea. Cuando hay una inmunidad hereditaria ante una enfermedad superior al, 90 por 100, no hay necesidad de vacunar masivamente a la población. También se han elaborado nuevos métodos de diagnosis contra la gripe, meningitis, tétanos... en los que se separan cultivos de células para contagiarlas y, de esta forma, determinar la predisposición del hombre a las diferentes infecciones y crear así nuevos y revolucionarios remedios inmunológicos.

Eliminar el «stress»

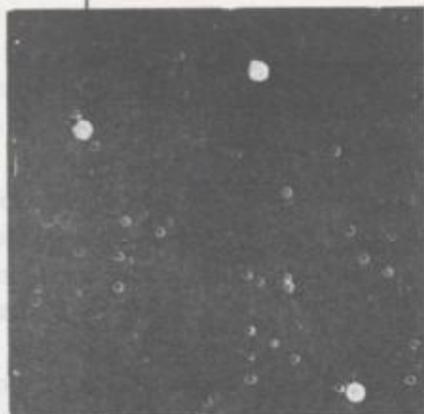
Al efectuar una serie de experimentos con animales, un grupo de científicos de la Facultad de Biología de la Universidad de Moscú han llegado a la conclusión de que se pueden eliminar las sobrecargas nerviosas y físicas, así como el stress, mediante la oxigenación hiperbárica, es decir, saturando la sangre de oxígeno a presión elevada por medio de un sistema denominado barocámara. Después de varias sesiones, las personas tratadas con este método consiguieron rebajar el estado nervioso, mejorar su memoria, a la vez que alcanzaron un rendimiento mayor en el trabajo.



Pioneros en corazón artificial

España es el primer país europeo que posee el corazón artificial y será el primero en implantarlo, al haber adquirido el invento del doctor Jarvik, miembro de la División de Organos Artificiales del Instituto de Ingeniería Biomédica de la Universidad de Utah, Estados Unidos. Un dentista de sesenta años fue el primero en poseer este costoso-

simo equipo cuyo precio asciende a unos quince millones de pesetas, y ahora, en España, ha sido el Departamento de Investigaciones Quirúrgicas de la Clínica Puerta de Hierro quien lo posee. La misión de este ingenio es la de conservar la vida del paciente hasta tanto pueda efectuársele una operación de trasplante con un órgano vivo.



Hígados con temperamento

Hasta ahora se pensaba que el temperamento es una de las características del hombre en general. Ahora se ha descubierto que también el hígado puede tener su propio temperamento. Por medio de un aparato diagnóstico se puede observar con qué velocidad el hígado expulsa de la sangre un colorante especial, previamente introducido en el cuerpo del paciente. En algunos, la eliminación es muy lenta y corresponde al hígado *flemático*. En este caso, el enfermo sólo necesitará pequeñas dosis de penicilina durante una neumonía, ya que permanece más tiempo en el organismo. El hígado *temperamental* despidió con rapidez el colorante y el paciente necesitará los medicamentos en mayores dosis. Los galenos podrán recetar ahora las cantidades justas a sus enfermos.

Sanguijuelas contra infartos

Las sanguijuelas fueron populares en el siglo pasado, pero con la invasión de las píldoras y pastillas hizo que muchos se olvidaran de este remedio antiguo. Hoy, con el creciente interés por la medi-

cina viva, la gente ha descubierto que las sanguijuelas medicinales ayudan a reabsorber los trombos, aliviar los dolores agudos de cabeza y muelas e, incluso, el infarto de miocardio. Los científicos de países socialistas, atentos a este tipo de descubrimientos, han creado ya

naves especiales en cuyas estanterías reposan millares de vajillas de vidrio, parte de las cuales están cubiertas con un manto impermeable a la luz. Ahí se encuentran las *casas de maternidad*, donde estos *chupópteros* ayunan durante cuatro meses para mantener la forma.

se conoce con las siglas PMBN, capaz de romper las defensas de algunas bacterias que impedían la penetración de los antibióticos, hasta el punto de ser prácticamente inmunes a su acción. Esta nueva droga ha conseguido destruir las defensas de la bacteria gramnegativa, protegida por una pared de células tremendamente resistentes. Estas y otras características similares eran, hasta ahora, difíciles de tratar, pero con esta sustancia se abre un campo amplio en la lucha contra la patógenesis infecciosa.

Láser terapéutico

En un Instituto de Investigaciones Científicas soviético se ha empezado a tratar la úlcera de estómago mediante rayos láser. Al explorar el estómago al paciente con un aparato especial denominado fibrogastroscopio, el médico puede dirigir el haz de láser al sector afectado. La inyección lumínica

instantánea estimula la cicatrización de la úlcera y el paciente sana mucho más de prisa que con los métodos terapéuticos habituales. El mismo Instituto también ha sido promotor de otra línea de empleo del láser; la laseropuntura, consistente en dirigir el haz a los puntos biológicamente activos.



Antibiótico prodigioso

Científicos finlandeses acaban de inventar un producto que puede hacer totalmente eficaz el tratamiento con antibióticos en cualquier tipo de enfermedad. Se trata de la polimixina B, que



Arturo Fernández y Paco Rabal, dos truhanes.

"TRUHANES"

Dirección: Miguel Hermoso. Guión: Miguel Hermoso, Luis Ariño, Manuel Marín, Mario Camus. Fotografía: Fernando Arribas. Música: José Nieto. Intérpretes: Francisco Rabal, Arturo Fernández, Isabel Mestres, Vicky Lagos, Rafael Díaz, Antonio Gamero, Emilio Fonet. Española, 1983. Comedia.

No resulta extraño que esta película, primer largometraje de Miguel Hermoso, hombre muy experimentado en el mundo del "spot" publicitario, fuera tan bien acogida por el público y la crítica en el último festival de San Sebastián. Sin ofrecer una historia extraordinaria o insólita, sin pretensiones de originalidad ni de ningún tipo, es, sin embargo, una obra estupenda, perfectamente realizada y con una interpretación que, en los dos protagonistas, Paco Rabal y Arturo Fernández, alcanza en muchos momentos la genialidad.

"Truhanes" es una comedia clásica, de planteamiento y corte tradicionales, un tanto insólita dentro del panorama de nuestro cine y donde el humor, objetivo final de toda comedia que se precie de serlo, se alcanza a través de una fina e inteligente ironía, en una clara huida de chistes fáciles y situaciones de falso y tópico ridículo.

La película cuenta la amistad de dos truhanes, de muy diferente extracción social, iniciada casualmente en la cárcel de Carabanchel, y cuya prolongación se adivina una vez que

termina el film. Ambos hacen un trato de mútua protección —uno dentro de la cárcel y otro fuera de ella— lo que les llevará a una serie de divertidas peripecias que constituyen, en definitiva, toda la trama argumental.

Su final, abierto, y que muy bien pudiera dar lugar a una segunda parte, deja al espectador un tanto desilusionado (en general, siempre sucede con este tipo de finales), pero, dada la situación creada por el propio guión, la forma en que Miguel Hermoso resuelve la película resulta bastante lógica, e incluso acertada, aunque hubiera sido más brillante y, por supuesto, más arriesgado, haber intentado un auténtico final, incluso para evitar esa posible segunda parte, a la cual puede sentirse tentado este director a la vista del éxito de su primera película.

La interpretación de los actores es, sin duda, lo mejor de esta obra, destacando sobre todo la labor de Arturo Fernández y Paco Rabal. Ambos dan perfectamente la talla de manera tan soberbia que, más que actuar, parecen vivir de verdad sus respectivos personajes. Sobre todo Paco Rabal, que logra crear un tipo entrañable, ingenuo y anárquico, cuya filosofía es la de vivir al día sin preocuparse poco ni mucho del futuro y, eso sí, confiando siempre en su suerte.

La sabiduría interpretativa que muestra Rabal con este personaje trasciende los recursos habituales de un actor y sólo es posible a través de una gran sinceridad, de una auténtica credibilidad en el propio personaje. Y es, por otra parte, la típica de los grandes actores que, de forma maestra, saben superar en el tiempo problemas de edad, de estereotipos interpretativos o, simplemente, de modas.

I. Casillas

INTOXICACION COLEGIALES

326 ALUMNOS, DE DIFERENTES COLEGIOS BARCELONESES, SUFRIERON INTOXICACION AL INGERIR EL MENU DEL COLEGIO, EL MENU FUE ELABORADO POR LA EMPRESA "ENTARA", QUE ABASTECE A 7 COLEGIOS CON UNAS 700 COMIDAS, 75 NIÑOS QUEDARON INGRESADOS EN CENTROS HOSPITALARIOS, TODOS ELLOS EN ESTADO LEVE A EXCEPCION DE UNA NIÑA DE 4 AÑOS CUYO PRONOSTICO ES RESERVADO, AUNQUE EN PRINCIPIO SE PENSÓ QUE LA MAYONESA PUDO SER LA CAUSA, POSTERIORMENTE SE HA COMPROBADO EN LOS LABORATORIOS QUE EL TOMATE, UTILIZADO PARA LOS MACARRONES, PRESENTABA UN CRECIMIENTO MICROBIANO CONSIDERABLEMENTE ELEVADO, POR LO QUE SE PIENSA QUE ESTE HA DEBIDO SER EL CAUSANTE DE LA INTOXICACION.

EFE, 8-10/11/83

METODO PARA COMBATIR MAL CEREBRAL

CIENTIFICOS NORTEAMERICANOS HAN DESCUBIERTO LOS INDICADORES DE LA PRESENCIA DEL MAL DE "HUNTINGTON" EN LOS SERES HUMANOS. ESTE MAL AFECTA AL CEREBRO Y PROVOCA SERIOS DESORDENES MENTALES, COMO PERDIDA DE MEMORIA, EQUILIBRIO E INCLUSO DEMENCIA Y SE MANIFIESTA EN LAS VICTIMAS CUANDO ESTAS SON MAYORES. ESTE DESCUBRIMIENTO, QUE NO SE APLICARA HASTA DENTRO DE DOS AÑOS, PERMITIRA NO SOLO DESARROLLAR UN TRATAMIENTO PARA COMBATIR LA ENFERMEDAD SINO, INCLUSO, DETECTARLA ANTES DE QUE SE PRESENTEN LOS SINTOMAS. TAMBIEN POSIBILITARA EL ESTUDIO DE OTRAS ENFERMEDADES GENETICAS, COMO LA FIBROSIS CISTICA Y EL MAL DE "ALZHEIMER".

EFE, 10/11/83

SIGUE LA COLZA

UNOS CUATRO MILLONES Y MEDIO DE LITROS DE ACEITE TOXICO, QUE SE ENCUENTRAN ALMACENADOS EN UNOS DEPOSITOS DE "CAMPSA" EN GUADALAJARA Y VILLAVERDE, CONTINUAN A LA ESPERA DE SER DESTRUIDOS, A PESAR DE LAS PROMESAS DEL GOBIERNO QUE FIJARON LA PRIMERA QUINCENA DE JULIO PARA PROCEDER A SU TOTAL DESAPARICION. ESTE ACEITE, CAUSANTE DEL SINDROME QUE OCASIONO LA MUERTE DE 346 PERSONAS, Y AFECTO A OTRAS 20.000, NO FUE DESTRUIDO EN EL VERANO POR LA POSIBLE INCIDENCIA NEGATIVA DE LA NOTICIA EN EL TURISMO, SEGUN DECLARÓ UN PORTAVOZ DEL "SENPA", ORGANISMO ENCARGADO DE LA RECOGIDA DEL ACEITE TOXICO. SEGUN ESTE PORTAVOZ, LA OPERACION DE HACER DESAPARECER EL ACEITE NO PRESENTA NINGUN PELIGRO SI SE REALIZA EN CENTRALES TERMICAS, LO QUE PERMITIRIA, ADEMAS, APROVECHAR EL ACEITE COMO COMBUSTIBLE.

EUROPA-PRESS, 8/11/83

CAMBIOS EN EL "INSALUD"

AGUSTIN ORTEGA LIMON HA SIDO DESIGNADO NUEVO SECRETARIO GENERAL DEL "INSALUD" EN SUSTITUCION DE JAIME PEREZ LOPEZ-SANTAMARIA, ASIMISMO, VICTOR FLORES PEREIRA, HA SIDO NOMBRADO NUEVO GERENTE DE OBRAS, INSTALACIONES Y SUMINISTROS DE DICHO ORGANISMO, EN SUSTITUCION DE FRANCISCO MOREU ROBITG, CON ESTOS SON YA VARIOS LOS CESES QUE SE HAN PRODUCIDO EN EL MINISTERIO DE SANIDAD Y EN EL "INSALUD", A NIVEL DE SUBDIRECTORES GENERALES, EN LOS ULTIMOS DIAS.

EFE, EUROPA-PRESS 8-10/11/83

—Cartas al Director—

LAS LENTEJAS DE ESAU

Me ha gustado mucho el editorial del número 4 de nuestra revista que, bajo el título "¡Gracias, doctor!", expone de una manera clara y tajante una enojosa situación, por desgracia, muy corriente.

De acuerdo que no debemos utilizar la palabra "culpable", pero si queremos que las cosas cambien, tendremos que buscar los responsables y acudir a ellos para que remedien el mal entendido. Creo que en el fondo, las culpables, (¡perdón!, las responsables) somos las matronas.

Por una extraña asociación de ideas me ha venido a la mente la antipática figura bíblica de Esaú, aquel peludo muerto de hambre que cambió sus importantes derechos de primogénito por un plato de lentejas, lo que, por muy bien estofadas que estuvieran, no dejó de ser una barbaridad.

¿No habremos vendido las matronas el derecho a ejercer una profesión libre e independiente, dentro de unos límites establecidos, por un simbólico plato de lentejas? ¿No habremos contribuido, inciensando al médico que nos proporciona trabajo, a poner en evidencia ante la embarazada la diferencia entre él y nosotras?

Desde luego, que esa diferencia, existe; el médico sabe mucho más que nosotros sobre muchas cosas. Pero sobre el parto normal, sin salirnos de la fisiología, aceptando que la Naturaleza sabe lo que se hace y que Quién creó el parto lo hizo bien, los

conocimientos de la matrona bastan para asistirlo. El médico debe moverse en otra esfera, hacer cosas que la matrona no puede ni sabe hacer.

¡Que diferencia entre una aplicación de forceps, una cesárea o una histerectomía, hechas con "mano de ángel", ante cuya ejecución dan ganas de sacar al médico en hombros del quirófano, y la atolondrada actuación del "pirulo" de turno que, utilizando a modo de garrocha su flamante título, se salta a la torera las reglas más elementales de asistencia al parto.

La admiración y el respeto que las matronas sentimos por el toco-ginecólogo deben tener un límite que respete las atribuciones de cada uno, la dignidad que a cada persona humana le corresponde.

El parto normal debe ser asistido siempre y en su totalidad por la matrona. Pero hay matronas que a cambio de unas ventajas económicas, lo aguantan todo, transigen por todo. En el mejor de los casos son acólitos del médico y en el peor, actúan como esclavas. Muchas, hasta a su nombre han renunciado y son conocidas como "la matrona del doctor Fulánez".

¿No nos estaremos comiendo, pagadas a muy buen precio, las lentejas de Esaú?

Consuelo Ruiz

Madrid

MALESTAR DE UNA COMPAÑERA

Queridas compañeras, a través de nuestra Revista os quiero hacer llegar un malestar que tuvo lugar durante las I Jornadas de Planificación Familiar que se han celebrado recientemente en Zaragoza.

Tuve ocasión de charlar con muchas compañeras que también estuvieron allí, y muchas de ellas interesadas en saber toda la información posible, acerca de la Asociación Nacional de Matronas. Como hubiera sido imposible hablar con todas, una por una, pensé que tal vez hubiera un espacio entre

conferencias, en el que se podría dar una información general que sirviera para todas. Pues bien, conecté con la persona que coordinaba las Jornadas y

solicité los 5 minutos necesarios para informar, minutos que muy educadamente me denegó con razones que no convencerían a un niño de pocos años y menos a una matrona cuarentona como yo. Desde la Revista "agradezco" a la Srta. M^a Dolores, persona que me denegó los 5 minutos, que no hiciera nada porque las matronas españolas nos conectemos para defender o tratar simplemente de nuestros problemas, inquietudes... en fin, para sumar esfuerzos por nuestra profesión y unimos todas en la Asociación, o en una peña de jugar al parchís, pero juntas.

M^a Carmen Herradón

Madrid

LA ASOCIACION INFORMA

Relación de vacantes de Matrona de A.P.D. con acumulación del Seguro en la provincia de Madrid.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| - CENICIENTOS | - LOS MOLINOS |
| - CIENPOZUELOS | - MORATA DE TAJUÑA |
| - COLMENAR DE OREJA | - SAN LORENZO DEL ESCORIAL |
| - CHINCHON | - SAN MARTIN DE VALDEIGLESIAS |
| - EL ESCORIAL | - TIELMES |
| - GALAPAGAR | - TORREJON DE VELASCO |
| - GRIÑON | - TORRELAGUNA |
| - GUADALIX DE LA SIERRA | - TORRES DE LA ALAMEDA |
| - GUADARRAMA | - VALDEMORILLO |
| - LOECHES | - VALDEMORO |
| - LOZOYUELA | - VELLILLA DE SAN ANTONIO |
| - MEJORADA DEL CAMPO | - VILLACONEJOS |
| - MIRAFLORES | - VILLA DEL PRADO |

Para mayor información respecto a estas vacantes te puedes dirigir a la Asociación de Matronas todas las tardes de 5 a 8.

ANUNCIOS GRATUITOS

VENDO SEAT 127
COMO NUEVO, 44.000 km.
PRECIO CONVENIR.
TELEFONO (911) 42 04 84

VENDO PISO ATICO
2 dormitorios - salón - terraza.
Comunicadísimo
TELEFONO (91) 416 22 67

SE VENDE PISO ZONA ALVARADO
3 DORMITORIOS, SALON
Y TERRAZA - 5 MILLONES.
TELEFONO (91) 254 34 43

EN LA COSTA DEL SOL ENTRE
FUENGIROLA Y MARBÉLLA,
VENDO UN APARTAMENTO DE UN
DORMITORIO, AMUEBLADO. AL
LADO DEL MAR Y CON PINOS
INTERESADAS: LLAMAR AL
TELEFONO (91) 270 57 82
TARDES O NOCHES

SE NECESITA MATRONA PARA
HOSPITAL "SANTOS REYES" DE
ARANDA DE DUERO (BURGOS)
40 HORAS SEMANALES EN TURNO
DE MAÑANAS. PLAZA FIJA.
LLAMAR A DR. ESTEBAN,
TELEFS. (947) 50 21 50 ó
(91) 201 93 92 INES MIRANDA