



matronas hoy

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS Diciembre - Enero 1984-1985 - N.º 10

«Paternidad» 1983



FIGURA EN BRONCE DEL ESCULTOR J. LUIS FERNANDEZ



matronas hoy

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS Diciembre - Enero 1984-1985 - N.º 10

DIRECCION
M^a Angeles R. Rozalén

REDACTOR JEFE
Isabel Casillas

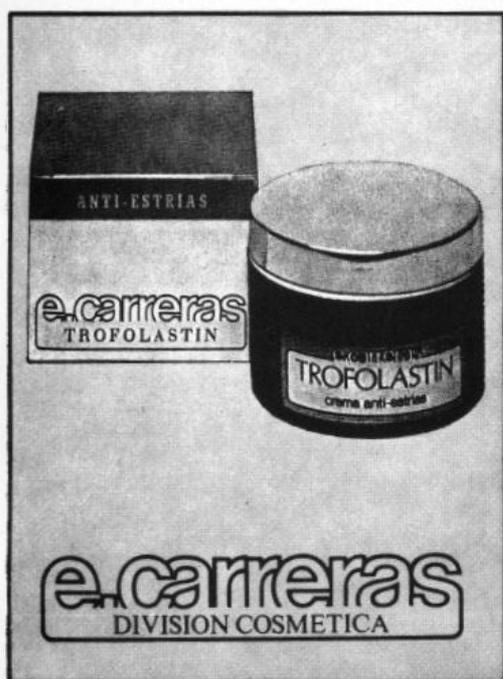
**ADMINISTRACION
Y
PUBLICIDAD:
JUNTA EJECUTIVA**
C/ Velázquez, 26
MADRID-4
Teléf. 435 63 80

CORRESPONSALES
Rosa Gaspa (Soria)
Antonia Díaz Villaseñor
(Ciudad Real)

Depósito Legal:
M-19000-1983

SUMARIO

	Págs.
Editorial	3
Algunos elementos para estudiar las bases psicofisiológicas de la conducta sexual (I)	4 a 12
Parto en el agua	13 a 15
Stress, monitorización y preparación previa	16 a 19
El porvenir de las matronas	20 a 22
La matrona y la sociedad	24
Alteraciones psíquicas del puerperio	25 a 29
Parto natural: complicaciones materno-fetales	30 a 32
Confederación Internacional de Matronas	33 a 36
¡Bienvenida Sevilla!	38
La Asociación informa	39 a 42
Pasatiempos	43



TROFOLASTIN

Composición:

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

Indicaciones: Prevención de las estrías del embarazo o de los atletas sometidos a un entrenamiento intensivo. Corrector de los trastornos tróficos cutáneos.

Presentación: Tarro de 89 c.c. de capacidad.

Administración: Aplicación tópica sobre la zona a tratar una o más veces al día, ayudando a su absorción con un ligero masaje.



EDITORIAL

No hace mucho tiempo que dedicábamos éste espacio, nuestra editorial, con un título que decía "El último tren".

Nos referíamos a que en los tiempos que corren, de constantes cambios, podría plantearse algún cambio para las matronas, o más bien para sus funciones o dedicación.

Con la Reforma Sanitaria ha llegado el tren de que hablábamos entonces, posiblemente, el último tren.

Con fecha 8 de noviembre de 1984, se ha enviado una circular desde el INSALUD, con destino a los ambulatorios donde existen Equipos Tocológicos. El contenido de dicha circular no es ni más ni menos que recordar a las matronas titulares de dichos Equipos, sus funciones y sus horarios.

La circular citada ha causado el natural revuelo, porque no todo el mundo interesado en el tema, ha tenido ocasión de leerla y sin embargo si que han oído rumores, que en ocasiones no se ajustaban al contenido exacto.

Es seguro que cumplir las normas que dicta la circular no es anticonstitucional. Y más seguro todavía que el cumplirla será lo único que salve esos 3.000 puestos de trabajo que hay en España para que no sean RECONVERTIDOS.

En Andalucía, en los programas de Atención Primaria no se contempla la figura de la matrona. Los cuidados del embarazo y puerperio han sido encomendados a los A.T.S. y Diplomados en Enfermería.

Amigas perdonar la insistencia pero **NO PERDAMOS EL ULTIMO TREN.**

Algunos elementos para estudiar las bases psicofisiológicas de la conducta sexual (I)

La conducta sexual como "Drive" no homeostático o incentivo

Prof. José M.^a FARRE MARTI
Catedrático de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Universidad Central. Barcelona
Hospital Clínico. C/. Casanova, 143.
Barcelona-36.
Presidente de la Soc. Catalana de Sexología

Siempre ha sido difícil en psicofisiología (PF) dar una visión clara y coherente de los mecanismos fisiológicos subyacentes a la motivación. Ello se debe fundamentalmente a las enormes divergencias que existen al considerar el propio concepto de motivación o "Drive" para decirlo a la manera anglosajona. Por otra parte, debemos terminar de una vez por todas en considerar el esquema E-R (estímulo-respuesta) a la manera Watsoniana, o sea de una forma rígida. En primer lugar porque, exceptuando algunos reflejos, se producen ante el estímulo una rica variedad de respuestas; en segundo lugar considero que las teorías del condicionamiento deberían volver por un momento la vista hacia atrás y revisar a los maestros. Me refiero claro está, a los precursores Sechenov y Vygotski, a los genios y maestros Pavlov y Luria y a los innovadores Bykov, Kurtsin, Olmniaskaia, Baláskhina o Anokhin. Y no debemos escandalizarnos si "resucito" a Sechenov o Vygotski; al fin y al cabo, sin Sechenov y sus "Reflejos del cerebro", la obra de Pavlov —del Pavlov considerado como fisiólogo de la Actividad Nerviosa Superior— hubiera sufrido un notable retraso en su evolución. En cuanto a Vygotski, sus intentos pioneros de investigación materialista de las formas superiores de la actividad consciente,

suministraron a Luria —como él mismo tantas veces reconoció— una importante base para sus aportaciones al conocimiento de la organización funcional del cerebro humano.

Considero que hay que recrearse otra vez en estos modelos si queremos tener una visión unitaria pero no simplista de la motivación y —por generalización— de la conducta humana. Los grandes principios metodológicos pavlovianos —unidad función— estructura, unidad organismo-medio, unidad medio externo —medio interno— son demasiado meridianos como para abandonarlos en el saco de los recuerdos y sustituirlos por teorías que a veces se asemejan a un retorno a la esterilidad dualista. De hecho los modelos citados siguen siendo una garantía de operatividad para comprender la complejidad de la motivación. Cuando el viejo Claude Bernard —y puestos a hacer "remakes", hablemos también de él— nos decía que el cerebro es el computador del homeostato, el "órgano" que garantiza las características físico-químicas de su famoso medio interno, se adelantaba a las tesis corticoviscerales que consideran el córtex como el supremo regulador de todas las funciones viscerales. Cuando uno lee a Beck y sus explicaciones cognitivistas del devenir humano, a uno le parece estar ante otro "revival" más curioso: la psicodinámica entra sutilmente en el "corpus" teórico del condicionamiento. Y lo que es más raro, con visos de novedad (Ivanov-Smolensky en el año 1954 reforzaba él, en cierto modo simple, "2.º sistema de señales" de Pavlov, con sus experiencias de condicionamiento verbal).

Así las cosas, podríamos considerar que: a) mo-

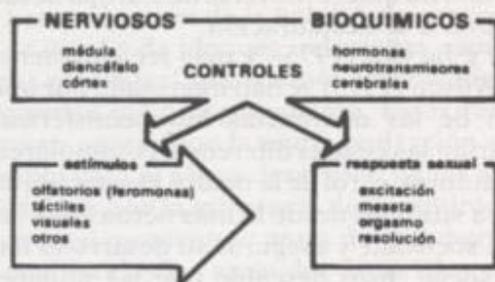


Fig. 1.—El planteamiento neurofisiológico del sexo no varía en absoluto del de cualquier motivación.

tivación-emoción no pueden prácticamente separarse; b) que las motivaciones humanas están siempre mediatizadas por la relación cortico-subcortical, con el córtex como mediador con el ambiente; c) que para definir el "drive" sexual, hay que considerar alguna clasificación que no se mueva de los clásicos conceptos que giran alrededor del término "homeostasis".

Propongo —en aras de la parsimonia— seguir la siguiente clasificación:

1.—MOTIVACION HOMEOSTATICA

- Sujeta a la homeostasis.
- Sujeta a la saciación.
- Impulsada por estímulos de desequilibrio homeostático.
- Mecanismos de control fundamentalmente subcorticales.

2.—MOTIVACION NO HOMEOSTATICA O INCENTIVADA

- No sujeta a la homeostasis.
- No sujeta a la saciación.
- Impulsada por estímulos fundamentalmente externos. Las condiciones internas (hormonas, catecolaminas) actuarán para disminuir el umbral de la respuesta, o sea, como "sensibilizadores".
- El control requerirá mecanismos superiores de recepción, integración y modificación de la información, o sea, mecanismos fundamentalmente corticales.

Así, pues, no creo que se nos plantee prácticamente ninguna duda de que la sexualidad humana es una motivación incentivada ya que cumple con todos los criterios de la misma. El problema que se nos sigue planteando es encontrar una explicación razonable y por tanto plausible, de los circuitos que conforman el impulso sexual. Si adoptamos una

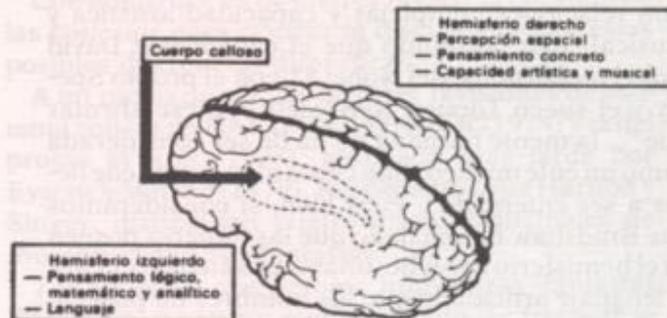


Fig. 2.—Los descubrimientos de Sperry nos permiten hipotetizar sobre plausibles diferencias estimulares sexuales entre hombre y mujer. En este caso, diferencias dependientes de un control cortical.

actitud operativa creo que lo más coherente es seguir con los pasos "clásicos" de cualquier motivación, o sea los *estímulos* que lo ponen en marcha y los *controles* sexuales y bioquímicos, que conforman la relación *estímulo-respuesta* (fig. 1).

La cuestión de los estímulos: ¿Hombres y mujeres, estímulos diferentes?

Los impresionantes descubrimientos de BRADSHAW sobre los diferentes interhemisféricos han disparado gran cantidad de opiniones, más o menos descabelladas, sobre las posibilidades estimulares de los dos sexos. De hecho antes de hablar de BRADSHAW, es necesario referirse al Nobel Roger Sperry ya que sus investigaciones nos permiten comprender mejor a Bradshaw. En primer lugar, considero de enorme interés llamar la atención sobre algo que a pesar del tremendo vapuleo que ha sufrido recientemente Dörner (ver Archives, october 1982. "Official Statement by the German Society for Sex Research") explicaría las posibles diferencias en el impulso sexual ya predestinados en el 1.º período del dimorfismo. Me refiero, claro está, a la hipótesis de Sperry sobre quimioafinidad neuronal, por la cual la mayoría de las neuronas se diferencian químicamente en el período inicial de su desarrollo biológico, hecho que está en función de la posición que ocupan en la arquitectura cerebral. Este aspecto de su diferenciación se manifiesta, como sabemos, en la forma de rasgos distintivos que posibilitan a los axones de estas neuronas el conocimiento de un rasgo afín o uno complementario en la superficie de sus neuronas diana.

El intercontrol de los dos hemisferios y la consolidación de los conocimientos tanto sobre el izquierdo (lenguaje, pensamiento lógico, matemático y analítico), como sobre el derecho (percepción espacial, pensamiento concreto, compren-

sión relaciones complejas y capacidad artística y musical) han permitido que el canadiense David Hubel (copartícipe del Nobel 81 con el propio Sperry y el sueco Torsten N-Wiesel) pudiese afirmar que "... la mente humana no ha de ser considerada como un ente místico, sino como algo que puede llegar a ser entendido". Pues bien, si consideramos que Bradshaw ha señalado que las mujeres poseen en el hemisferio derecho, unas áreas *auxiliares* para el lenguaje articulado que los hombres no poseen, para este autor esto explicaría una "superioridad" de las mujeres en cuestiones verbales y (en esto se muestra muy ortodoxamente conocedor y "seguidor" de Penfield) y, en contraste, una "inferioridad" en capacidad espacio-visual. ¿Explicarían las teorías de Bradshaw las diferencias estimulables dimórficas? ¿Serían las mujeres más sensibles a la estimulación "afectiva"? ¿Sus fantasías serían específicamente menos "visuales directas" y más "globales"? ¿Serían más sensibles a los estímulos verbales elaborados? ¿Tendría en ellas más "éxito" la pornografía escrita que la visual? ¿Vale la pena seguir aún especulando sobre esto o debemos acogernos al heurístico de Bureau? Recordemos que este autor —muy en la línea de las "carreras de relevos" de Money— dice: "Si la sexualidad del hombre es humana, todo lo humano participa en ella. Ninguna faceta de su ser puede arrogarse el ser más sexual o menos que la otra; el juego de los cromosomas, el desarrollo embriológico, la imaginación, el desarrollo cognitivo, la imagen corporal, la forma del cuerpo, los sueños del porvenir, los juegos de la percepción, el peso del pasado. Todo contribuye a organizar y elaborar al ser sexual humano." ¿O debemos acogernos al fatalismo biológico de Goldberg cuando asevera: "La tesis que yo sostengo es que lo hormonal (lo biológico) hace inevitable lo social." Siempre que releo a Goldberg me recuerda las "Tusculanae Disputationes" de Cicerón.

Ya saben aquello (5-27-78) de "NUNQUAM NATURAM MOS VINCERET, EST ANIM EA SEMPER INVICTA". Y sin embargo, seguiremos con el "Nature versus Nurture" en sexualidad; tal parece que reconocer que existen unos poderosísimos resortes biológicos que subyacen en la conducta sexual humana, pudiera hacernos caer en pecado de lesa dialéctica. Al fin y al cabo, los humanos tienen suficientes áreas prefrontales para "enfrentarse" a los posibles determinismos biológicos, e intentar neutralizarlas... o potenciarlas. En esto estamos desde el paleolítico superior, con oscilaciones constantes que van desde la puritanísima Iris Beag Society, cuyo "ethos" niega absolutamente la conducta sexual, a las muy permisivas culturas poli-

nesias, o si uno no quiere moverse de Europa desde el puritanismo a la Restauración.

Maccoby y Jacklin (1975), y más recientemente Eysenck y Wilson (1979) se han interesado por una explicación de las diferencias interhemisféricas que explicarían las citadas diferencias estimulables. Para estos autores, el rol de la madre, encargada de comunicar a sus hijas desde la más tierna edad las reglas de la sociedad, y asegurar su desarrollo lingüístico y social, hizo deseable que las mujeres poseyeran fluidez lingüística y fueran capaces de llevar a cabo satisfactoriamente esta comunicación. Claro está, que este tipo de aplicaciones "evolutivas" son muy especulativas, pero no resultan del todo incoherentes. Si bien para Estella Ramey (la conocida fisióloga), las diferencias cerebrales entre hombre y mujer, "son pequeñas en comparación con el efecto de las diferencias del medio", no podemos olvidar que el cerebro mamífero posee receptores neuronales para los esteroides gonadales y enzimas apropiados para su metabolismo. Creo que existen varios motivos para sospechar que los esteroides gonadales pueden influir en ciertas habilidades cognitivas: a) notables diferencias sexuales en la prevalencia de varios trastornos del desarrollo del lenguaje (dislexia, retraso en la adquisición del habla, etc.); b) mejores resultados de las mujeres en las pruebas de medición de las aptitudes verbales; aparición de estas diferencias sexuales, en general después de la pubertad; c) la presencia de las sutiles diferencias interhemisféricas dimórficas que señaló Bradshaw; d) diferencias sexuales en el tipo de las deficiencias cognitivas que aparecen después de los traumatismos cerebrales.

Quizás aclare algo el problema, la investigación reciente de Hier y Crowley que estudiaron 19 enfermos de hipogonadismo hipogonadotrópico idiopático los cuales, como se sabe, presentan un cariotipo 46 XY normal, experimentan una masculinización intrauterina normal, y son educados y criados como niños (varones) normales hasta la pubertad, época en la que no se produce la pubescencia a causa de una presunta deficiencia del factor liberador de la gonadotropina. Estamos pues, ante un cuadro que ofrece la posibilidad de evaluar los efectos de una intensa deficiencia androgénica puberal sobre el desarrollo de las habilidades cognitivas en presencia de un mínimo de influencias derivadas del medio cultural, de las lesiones cerebrales, de las anomalías cromosómicas, de la psicopatología y de las alteraciones endocrinas no gonadales. Es un auténtico experimento de la naturaleza, si se nos permite el eufemismo.

Al comparar los 19 sujetos como varones de fun-

ción gonadal normal se observó en los primeros una neta reducción de la habilidad espacial (pruebas de diseño de bloques, relaciones espaciales y figuras encajadas), que además correlacionaba con la gravedad del hipogonadismo. Estos resultados permiten pensar que la androgenización es indispensable para el pleno desarrollo de las aptitudes espaciales y que la influencia de los andrógenos se ejerce en el momento o antes de la pubertad. Una vez establecidas las aptitudes espaciales, no parecen desaparecer cuando descienden las concentraciones sanguíneas de andrógenos en el hipogonadismo hipogonadotrópico adquirido.

NORDEEN y YAHR en un reciente y lúcido trabajo (SCIENCE, vol. 218, 391-393, octubre 1982) exponen una investigación muy sugestiva para comprender aún mejor las *asimetrías hemisféricas* en el comportamiento y los efectos hormonales de la diferenciación sexual del cerebro mamífero. Los autores colocaron píldoras de estradiol (E2) en zonas hipotalámicas bilaterales de 91 ratas hembras, entre 24 y 48 horas después de su nacimiento. 30 cachorros control recibieron implantes de colesterol. Hembras experimentales recibieron E2 en un lado (31 derecho, 30 izquierdo) y colesterol en otro. Naturalmente utilizaron E2 por ser el metabolito activo testosteronémico. Para la diferenciación sexual. Algunos implantes fueron dirigidos al área preóptica (APO) en vías de desarrollo; el resto fue dirigido al hipotálamo mediobasal, particularmente el núcleo ventromedial (NUM). La exposición del *lado izquierdo* al E2 dio como resultado el desarrollo *des-feminizante*. La del *lado derecho*, *masculinizante*. Por tanto la respuesta del desarrollo hipotalámico a los esteroides gonadales puede ser asimétrica. Asimetrías que sugieren que los dos lados del hipotálamo en desarrollo difieren en su sensibilidad a los esteroides. Existen amplias razones para creer que el período crítico para la masculinización empieza y termina antes que el período crítico para la desfeminización. Entendámonos: los autores proponen que existe una *masculinización prenatal* (lado izquierdo) y otra *posnatal* (lado derecho). De ahí el efecto de los esteroides sobre el lado izquierdo, cuya masculinización —muy rápida— ya ha terminado. Asimismo, la *desfeminización prenatal* estaría limitada al hipotálamo *izquierdo*. Al ser aquella más lenta se explicarían datos como el que indica que el NUM izquierdo de hembras adultas normales son menos sensibles al E2 que el derecho. Es evidente que el trabajo de Nordeen y Yahr refuerza la hipótesis de que las consecuencias de la *diferenciación sexual* no son los mismos en los *dos lados* del cerebro; de refilón, las teorías de BRADSHAW, reciben un nuevo reforzamiento.

Considero que es de interés revisar la cuestión de las *fantasías* para centrar la discusión sobre estas posibles diferencias dimórficas.

A mi modo de ver, las mejores revisiones de este tema son las de HARITON y SINGER (1974) y la del propio Wilson (1978), ampliada más tarde por Eysenck-Wilson (1979). Recordemos que Hariton y Singer, distinguían cuatro clases principales de mujeres según sus fantasías.

1.—Aquellas que tenían numerosas fantasías diferentes, y con un elevado grado de frecuencia (extrovertidas e hiperactivas).

2.—Aquellas que casi nunca experimentaban una fantasía (hipoactivas, conciliatorias, dóciles, protectoras y proclives a la afiliación).

3.—Las que tenían reiteradas fantasías en relación con otros amantes, otros lugares y otros momentos (extrovertidas, hiperactivas, insatisfechas sexualmente).

4.—Fantasías de sumisión forzada v.g. ser dominadas, violadas, seducidas o humilladas (personalidad semejante a la femenina tradicional). Sus relaciones conyugales eran por lo general buenas, a pesar de que sabían mostrarse pasivas durante el acto sexual. Consideraban que sus fantasías eran muy eróticas, y que las ayudaban a gozar del sexo.

Wilson obtuvo cuatro grandes categorías de fantasía sexual:

Exploratoria, Intima, Impersonal y Sadomasoquista.

Las puntuaciones elevadas (más de 12) en el factor de fantasía *exploratoria* son características de las personas con un *impulso sexual fuerte*, y según Eysenck y Wilson, resultan mucho *más típicas de los hombres* que de las mujeres (4-8 en mujeres, 6-12 en hombres).

En el factor *intimo*, un puntaje alto significaba que el sujeto estaba a la búsqueda y disfrute de un compromiso profundo con un número limitado de parejas sexuales (quizá con sólo una). Hombres y mujeres no parecen diferir demasiado en el promedio de puntuaciones correspondientes a esta categoría.

Las fantasías *impersonales* presuponen un interés por los fetiches, las ropas, las películas y otras representaciones sexuales indirectas, que conceden un valor relativamente escaso a la personalidad y a los sentimientos de la pareja. Tendencia mucho más corriente en *hombres* que en mujeres. Para los autores, la correlación en varones es con un impulso sexual alto; si se presenta en mujeres, correlaciona en factores de intimidad y satisfacción.

También los *hombres* presentan puntajes más altos en fantasías *sadomasoquistas*. En estudios rea-

lizados en nuestro laboratorio de Psicofisiología se correlacionan perfectamente — como en el caso de Eysenck y Wilson — las puntuaciones elevadas en cada uno de los cuatro factores de fantasía con altos niveles de impulso y actividad sexuales. La correlación era ligeramente más fuerte en mujeres que en hombres. En cuanto a la calificación de fantasías en *activas y pasivas*, parece que existe una puntuación ligeramente más alta o superior en *actividad* en los varones estudiados.

La forma en que se presenta la fantasía refuerza las teorías de estimulación basadas en diferencias interhemisféricas. Son bien conocidos los trabajos de Barclay, Byrne y Lamberth en este sentido. Como se sabe, se descubrió que las fantasías masculinas concedían un gran énfasis a los aspectos visuales, incluyendo detalles anatómicos, como la forma de los senos o el color de su vello púbico. Las mujeres que intervenían en las fantasías masculinas acostumbraban a ser anónimas — e incluso desprovistas de rostro —, y rara vez implicaban el menor compromiso emocional. En contraste, las mujeres manifestaban fantasías relativas a hombres identificables, maridos, amantes, compañeros de trabajo, actores cinematográficos u otras personas famosas. Concedían una atención considerable a la *cualidad* de la relación y a los aspectos afectivos, siendo más escasas las descripciones físicas. Informes abrumadores han reforzado estas hipótesis. Shanor (1977) y los propios Kahn y Davis (1981) demuestran, por ejemplo, la mayor importancia del erotismo "escrito" sobre el "visual" en las mujeres. Algunos autores pretenden asociar ciertos temores fantasiosos como patognomónicos de trastornos sexuales e incluso de "conflictos neuróticos". A mi modo de ver, éste no es el caso.

Así, el grado de ansiedad asociado con la fantasía está también lejos de ser un índice infalible; ciertos individuos son capaces de tener una imaginación grotesca sin presentar ningún tipo de angustia, mientras que otros encuentran difícil hasta soportar la más leve fantasía.

Los trabajos "a favor" y "en contra" de las explicaciones "biologistas" o "ambientalistas" son constantes. Ejemplo de los primeros es el clásico de Levi en el que 53 mujeres y 50 varones fueron sometidos durante 190 minutos a la proyección de un film erótico. El experimento era precedido y proseguido por un control de igual período de tiempo, de la actividad simpático adreno-medular, mediante mediciones de catabolitos noradrenérgicos y adrenérgicos; la excreción de los mismos fue significativamente superior en los varones.

Recientemente Stock y Geer (Archives, vol II, n.º 1, 1982) han efectuado un mesurado estudio de

las fantasías y su relación con el "arousal" sexual de las mujeres. Para ello correlacionaban *las fantasías y la audición* (lo cual es *importante* por lo que hemos dicho anteriormente) de una grabación erótica, con los resultados de la fotopletismografía vaginal en el laboratorio. Los sujetos que presentaban una mayor frecuencia previa de fantasías en la autoestimulación y en el intercurso eran más respondientes en sus medidas genitales en el laboratorio, tanto en las fantasías como en audición, siendo en este caso más amplias las respuestas pulsátiles vaginales. Existen diferencias desfavorables para los hombres en el estudio fantasías y films desarrollado por Führ (1976). Estas diferencias podemos explicárnoslas por factores cognitivos previos. Los varones, más prácticos y diestros en provocar su propio "arousal" sexual y, además, más habituados al erotismo tendrían un umbral más elevado en las pruebas de laboratorio que las mujeres, más respondientes a los estímulos nuevos. A esta "condición" no serían ajenos algunos hechos sociológicos como el propio diseño social del "rol" sexual femenino, que les colocaría en un plano de mayor inhibición y menor destreza para el uso de las fantasías sexuales. Podríamos perfectamente acudir a Seligman y su "learned helplessness" para explicarnos esta situación. Recordemos que una de las hipótesis de Seligman es que la historia del aprendizaje del sujeto influye en la percepción y control de una situación dada; un período de aprendizaje como es el de la sexualidad femenina, acostumbrada a las ramificaciones románticas (y reforzada por sus propias fantasías primarias más "afectivas" que las del varón) y a la falta de iniciativa, puede conllevarla a relacionar más intensamente a estímulos sexuales controlados desde el exterior (laboratorio) y que no requieren la toma de un papel activo.

Psicofisiología del impulso: Una síntesis (II)

Desde los trabajos pioneros de Barraclough y Gorski (1961) todos estamos de acuerdo en aceptar la existencia de un "centro" sexual situado rostralmente en el *hipotálamo* y que corresponde a la *región preóptica*, la cual regularía la secreción gonadotropínica en los hombres. Heimer y Larsson (1964) la situarían más caudalmente y Van Dis y el propio Larsson (1971) considerarían que los *preópticos* son los verdaderos iniciadores del *impulso* sexual, al menos en los machos.

En cuanto a la región arcuada *ventromedial*, podría admitirse que interviene en la secreción

"tónica" gonadotrófica de ambos sexos. Basándose en los trabajos de Powers y Valenstein (1972) (encontraron que las ratas hembras con lesiones preópticas requerían menos estrógenos para mostrar lordosis y eran receptivos más días que las ratas normales), Dörner (1974) postulaba *diferencias claras* entre los dos sexos: zonas anteriores hipotalámicas (los preópticos son *nucleares* y los *supra-ópticos*, aunque también intervienen, serían más secundarios) para el impulso *masculino*, y zona *ventromedial* para el *femenino*.

Todos sabemos que esta teoría estaba —o está— supeditada a otros trabajos de compatriotas de Dörner (Roeder, Orther y Muller) que fueron más "agresivos" que el propio Dörner, muchos años antes (1969) aplicando cirugía estereotáxica en núcleos ventromediales de delincuentes sexuales masculinos y homosexuales. ¿Podemos admitir una división tan tajante? Ya hemos comentado los recientes trabajos de Nordeen y Yahr. No quisiera complicar más la cuestión, recordando los descubrimientos de Krasne (1962) que demostraron que el NUM era aversivo (y que pusieron en cuestión el síndrome hipotalámico ventromedial (SHU) de Hanterington y Ranson), y sobre todo la simplista implicación de que estábamos ante un "centro de saciedad". Sabemos hoy día además que Kapetor y Gold (1973) demostraron que lo importante del SHU era destruir el haz noradrenérgico ventral del NUM: entonces y sólo entonces se producía realmente hiperfagia y obesidad del SHU. En cualquier caso, o admitimos que el NUM tiene neuronas diferenciadas para el impulso sexual femenino, o será difícil de aceptar esta especificidad conjuntamente con la aversiva que coloca a este núcleo hipotalámico como extremadamente importante en los sistemas defensivos, de displacer o inhibidores de la acción (a excepción que aceptemos diferencias estímulares del NUM: bioquímicas para el impulso sexual, neuroeléctricas para la aversión). Si tenemos en cuenta que se ha demostrado el papel de los *núcleos mamilares laterales* en la *eyaculación*, que el hipotálamo es un área crítica en el MFB (medial forebrain bundle) y por tanto esencial en los sistemas de *recompensa* (sistemas que están directamente implicados tanto en el *reforzamiento* —"placer"— de una motivación como en el *efecto inductor del impulso*, efecto que como sabemos, es temporalmente movilizante y energizante para que el animal repita la conducta), así como que los núcleos hipotalámicos son *esenciales* en la modulación emocional y afectiva por razones bien conocidas, podríamos resumir la acción hipotalámica en los siguientes términos:

- 1.— Inicia el impulso sexual.
- 2.— Controla parte de la excitación sexual.
- 3.— Controla la eyaculación.
- 4.— Participa en el reforzamiento y la inducción del impulso.
- 5.— Conjuntamente con el sistema límbico, efectúa la modulación emocional y afectiva de la conducta sexual.

Los datos actuales sugieren que quizá hemos exagerado el protagonismo hipotalámico en la regulación de la conducta sexual. Nuestra hipótesis

Esquema básico de los elementos psicofisiológicos del sexo

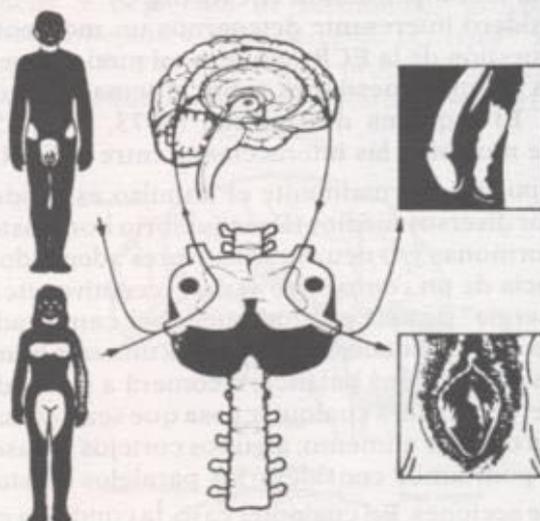


Fig. 3.— Lo que hace al sexo humano es la presencia de los elementos corticales superiores que controlan —o deberían controlar— los factores diencefálicos y medulares.

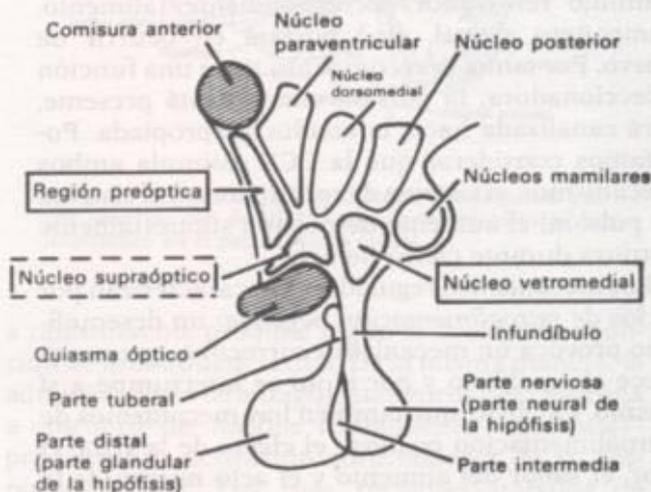


Fig. 4.— El hipotálamo es la estructura más especializada en lo que se refiere a la conducta sexual. De todos sus núcleos, la región preóptica parece ser la más específica para el inicio del impulso sexual, desde el punto de vista más "neural" y también desde el punto de vista más "primitivo".

(Masana, 1977); Farré, 1979; Farré, 1980) es que el hipotálamo no es más que la *puerta de salida* de una serie de estructuras que actúan sincrónicamente. La sexualidad encefálica debe ser representada por un circuito relativamente difuso, en el que el hipotálamo es la estructura "geográficamente" más rica en lo que se refiere a número de elementos relevantes, pero dependiente de las influencias moduladoras del resto de estructuras del sistema.

En este sistema destaca, por su importancia, el *área septal* estrechamente relacionada con la sociabilidad, la preservación de la especie y estructura de notable intensidad de respuesta en la estimulación cerebral recompensadora (ECR) (fig. 5).

Considero interesante detenernos un momento en la cuestión de la ECR ya que, a mi modo de ver, explica algunas cuestiones sobre el tema que nos ocupa. El esquema de Gallistel (1973, 74 y 75) resume muy bien las interacciones entre el ECR y los impulsos. Normalmente el impulso es producido por diversos medios (Desequilibrio homeostático, hormonas y/o neurotransmisores adecuados, presencia de un *compañero sexual* receptivo, etc.). La "energía" de esta pulsión puede ser canalizada en diversas actividades; por ejemplo, una rata hambrienta activará una palanca, o comerá a través de un laberinto, o hará cualquier cosa que sea necesaria para obtener alimento; algunos cortejos parasexuales podríamos considerarlos paralelos a estos tipos de acciones. En cualquier caso, la conducta en particular que ocurre depende de la historia previa del animal. Cualquiera que haya sido la conducta recompensada en el pasado por la presencia del estímulo reforzador correspondiente (alimento, *compañero sexual*, etc.) tardará en ocurrir de nuevo. Por tanto, la recompensa tiene una función seleccionadora; la pulsión cuando está presente, será canalizada hacia la conducta apropiada. Podríamos considerar que la ECR estimula ambos mecanismos, el sistema de recompensa y el sistema de pulsión; el aumento de pulsión supuestamente perdura durante cierto tiempo.

Los mecanismos reguladores se caracterizan por ciclos de *retroalimentación negativa*: un desequilibrio provoca un mecanismo correctivo, que restablece el equilibrio y por tanto se interrumpe a sí mismo. Es obvio, que también hay mecanismos de retroalimentación positiva; el efecto de la vista, el olor, el sabor del alimento y el acto mismo de la ingestión, es *incrementar* el hambre, no disminuirla. El ciclo de retroalimentación positiva es superado, finalmente, por un ciclo de retroalimentación negativa más poderoso. A mi modo de ver, el ejemplo más claro de *retroalimentación positiva* está proporcionado por el *comportamiento sexual*.

Uno sólo puede llegar a la conclusión de que los incrementos en el deseo sexual son positivamente reforzadores; o de otro modo; ¿cómo se entregarían las personas a los escarceos previos? Si hay un mecanismo cerebral responsable de que los aumentos en la pulsión sean reforzantes, entonces tal vez el MFB (y sus áreas implicadas) tienen una acción que es tanto *recompensadora* como *activadora*. En vez de suponer dos efectos diferentes, quizá se trate sólo de uno. En cualquier caso, mi hipótesis es que el sistema MFB es, a la vez, recompensador de la conducta sexual (elicitador de placer) y actúa como coadyuvante en el *inicio del impulso sexual*.

Los núcleos olfatorios —ya muy arcaizados en los humanos— y sus células mitrales especializadas, tienen un rol en prácticamente toda la sexualidad animal por su recepción de los estímulos feromonales. En cuanto al complejo *temporo-hipocampo-amigdalino*, los trabajos de Klüver-Bucy, Schreiner y Kling son ya clásicos en el sentido de proponer una acción triple:

1.—"Autofrenado" del impulso; saciación.

En el caso de la amígdala, este papel corresponde a sus núcleos laterales que lo ejercerían conjuntamente con el NUM hipotalámico.

2.—Discriminación estimular.

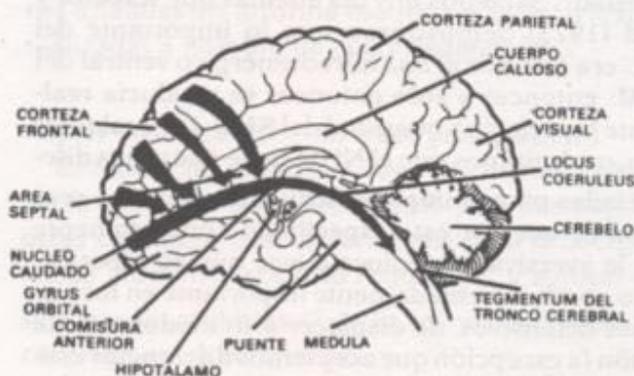


Fig. 5.—El sistema MFB o de recompensa (descubierto por Olds y Milner) ha permitido una mejor comprensión de los mecanismos de refuerzo central en la conducta tanto animal como humana. Su intervención en el sexo, no es específica pero no deja de ser esencial. En la figura, el MFB corresponde a las zonas sombreadas.

3.—Asociación del estímulo sexual con el reforzador (amígdala).

4.—Modulación de la respuesta emocional-sexual.

En este sentido, los trabajos sobre el "rol" del lóbulo temporal en la sexualidad son exhaustivos y no cabe nombrarlos aquí porque son bien conocidos. Basta recordar las curiosas publicaciones sobre fetichismos pintorescos y su correlación con disfunciones del lóbulo temporal.

Cerca de este paleocircuito, tendríamos un neo-

circuito, formado por los núcleos *talámicos anteriores* que conectan, por un lado, con cíngulo e hipotálamo y, por el otro, con *córtex órbita frontal* y *prefrontal*. Resumiríamos el papel de este neocircuito —muy específicamente humano— de la siguiente manera:

1.—El *córtex órbita frontal* modula el reforzamiento de la conducta sexual, *desconectando* las asociaciones estímulo-reforzador. Recordemos que este tipo de “estrategias fisiológicas” son esenciales para la conducta emocional que debe variar cuando varía el medio ambiente; de esta forma las conductas o estrategias inadecuadas *no perseveran*. Filogenéticamente, la presencia de este córtex representa el cambio de énfasis en la información de tipo olfativo, por la de tipo *visual*.

2.—Las *áreas prefrontales*, encargadas de la formación de proyectos y de la planificación, son nucleares para la conversión del “sexo animal” en sexo humano o “ambiental”. El rol autógeno de estas áreas permite modificar y seleccionar los impulsos provenientes del mundo exterior, de acuerdo con nuestras necesidades, nuestros contenidos anteriores y nuestros impulsos motivacionales y fusiona la *expectancia* del impulso sexual con la sensación emocional. No creo que sea necesario insistir en que si el sexo humano se ha tomado “ambiental”, es gracias a la “biología” pre-frontal (figs. 6 y 7).

Resumen de las más importantes funciones sexuales del paleocircuito

Hipotálamo	Sistema límbico	Bulbo olfatorio
Inicia impulso o deseo sexual y, en su caso, las conductas copulatorias	Sensaciones de placer (porciones superiores) Selección de estímulos (porciones inferiores)	Recoge sensaciones procedentes de feromonas (relación con nivel hormonal hipotálamo)
Controla parte de la excitación sexual	“Autofrenadores”	
Controla la eyacuación	Modulación emocional y afectiva (junto con el hipotálamo)	
Interviene en las sensaciones de placer		
Modulación emocional y afectiva de la conducta sexual (junto con el sistema límbico)		

Fig. 6.—En el paleocircuito están presentes, prácticamente, todos los elementos necesarios para el funcionamiento sexual. Las estructuras neocorticales —con sus instancias cognitivas— se encargarían de “matizar” las funciones diencefálicas.

No es motivo de este artículo el incidir en los factores bioquímicos. No trataré los hormonales, pero

si recordaré que las investigaciones de GESSA son esenciales al respecto. Considero que lo extraordinario de este autor, es que sigue perfectamente el guión de OLDS, MILNER y REUTTEMBERG sobre la motivación; el efecto *incentivo* podría estar mediado por un substrato neuroquímico catecolaminérgico, mientras que el efecto *saciedad* se basaría en los péptidos endorfinicos.

Así, la administración de PCPA o la electroagulación de los núcleos del rafe en ratas, provocaría hipersexualidad por el incremento *dopaminérgico* correspondiente a la inhibición de la serotonina. A su vez la L-DOPA por efecto triple (acumulación de dopamina cerebral + aumento de niveles noradrenérgicos + depleción de serotonina) provocará efectos semejantes. Algo parecido ocurrirá con la asociación PCPA + IMAC. El propio Gessa et. al. demuestran que la administración de β -endorfinas

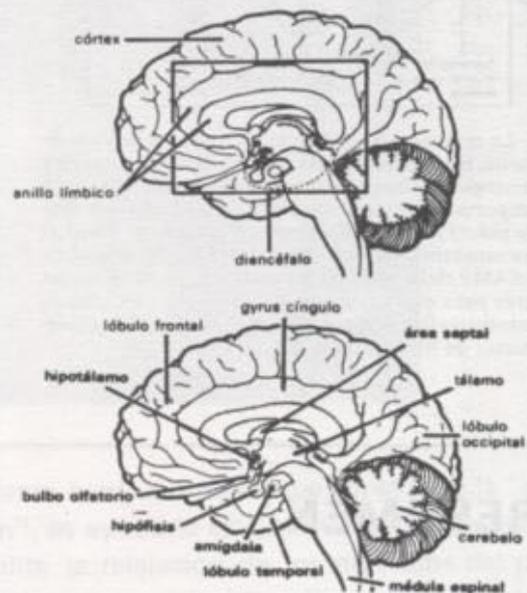


Fig. 7.—En las dos representaciones encefálicas se pueden observar con detalle las estructuras anatómicas que intervienen en el paleocircuito sexual.

a ratas macho, produce según la dosis, una abolición de la conducta sexual. De la misma manera, la administración de antagonistas puros de la morfina a una serie de machos sexualmente “indolentes” produce una activación sorprendente de su respuesta sexual. Los más recientes trabajos de Murphy (1981) parecen reforzar las hipótesis de que las β -endorfinas ejerzan una acción directa sobre las neuroáreas de control del impulso sexual. La confirmación de la acción de estos péptidos en humanos tendría interés desde muchos puntos de vista. El hecho de que las endorfinas actúen como

"moduladoras" de la actividad de otros neurotransmisores, quizá nos permitiría esclarecer algo la complicada bioquímica del impulso sexual.

En cuanto al *LHRH*, su acción potenciadora de los efectos conductuales de la L-Dopa, ha llamado la atención a multitud de investigadores, de los cuales quizá sean Benkert y Moss, los más pacientes y persistentes en intentar correlacionar con posibles efectos facilitadores sexuales. El que se haya postulado su posible producción en la propia región preóptica hipotalámica, con la consiguiente liberación axonal en la eminencia media, hace muy atrac-

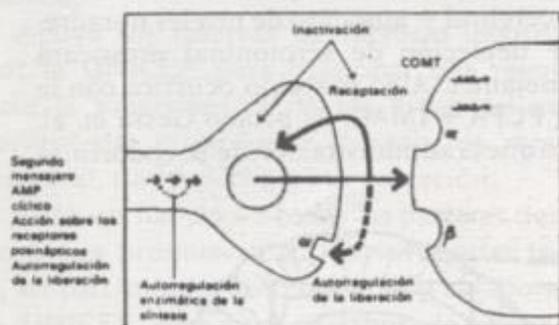


Fig. 8.— La regulación bioquímica del sexo está lejos de estar resuelta. En cualquier caso, la síntesis dopaminérgica y noradrenérgica (sobre todo la primera) parece tener una notable importancia en la activación sexual (y en los mecanismos de placer por ser la dopamina elemento primordial en la neurotransmisión del sistema MFB). El descubrimiento del AMP cíclico y de las α receptores puede tener un gran interés para explicarse no sólo el origen bioquímico de los trastornos afectivos, sino también la eclosión de ciertas conductas de hiper e hipo-sexualidad.

tivo el hipotetizar sobre una posible modulación de rendimientos sexuales, directa o indirectamente a través del sistema catecolaminérgico.

Los segundos mensajeros, el AMP cíclico y hasta los propios α -receptores deberían ser objeto de más atención por parte de los investigadores de la psicofisiología del impulso sexual.

Todos sabemos que la estimulación de los α -receptores postsinápticos produce una inhibición de la liberación catecolaminérgica, y que la hipersensibilidad de los mismos explicaría gran parte de los efectos conductuales de la *depresión* (entre los cuales, por cierto, se encuentra la anhedonia sexual), por la dificultad de "paso" catecolaminérgico a la membrana postsináptica. El hecho de que Lipton y Lader (1980) y que más tarde, Frazier (1982) hayan postulado algo así como la "muerte" de la teoría catecolaminérgica en las depresiones, a favor de la teoría de la hipersensibilización α en la misma época del fallecimiento de *Ana Freud*, ha hecho exclamar a Herrero Velasco (Newsletter, 1983): "La teoría catecolaminérgica ha muerto. Ana Freud ha muerto. ¿Empiezan los psiquiatras a sentirse peor?" No sé si los sexólogos, más o menos felices con la dopamina a cuestas, también deben sentirse peor, pero considero que la idea expresada anteriormente de abrir nuevos caminos de investigación bioquímica en las líneas expresadas, se ve —en cierta manera— reforzada por éste "RIP" de las aminas "stockadas" (fig. 8).

RESUMEN

La sexualidad humana es una motivación incentivada cuyo problema, al igual que el de la motivación, es encontrar una explicación razonable a los circuitos que conforman el impulso sexual (estímulos que lo ponen en marcha y controles sexuales y bioquímicos que confieren la relación estímulo-respuesta).

En relación a si los estímulos son diferentes en hombres y mujeres se hace referencia a los descubrimientos de BRADSHAW sobre los diferentes interhemisferios.

MACCOBY y JACKLIN (1975) y EYSENCK y WILSON (1979) explican las diferencias interhemisféricas, que explicarían las diferencias estimulares, mediante aplicaciones evolutivas. Para ESTELLA RAM-

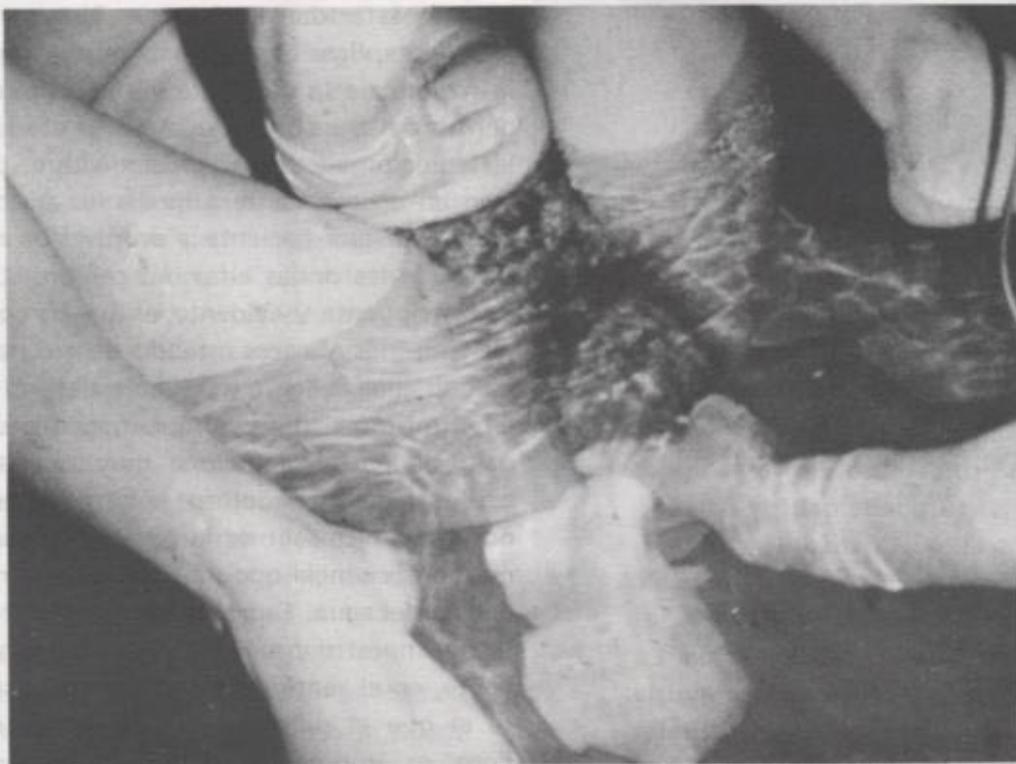
SEY las diferencias cerebrales entre hombre y mujer vienen dadas más por el efecto de las diferencias del medio.

Hay que tener en cuenta, además, la existencia de receptores para esteroides gonadales, en el cerebro de los mamíferos, que pueden tener influencia en ciertas habilidades cognitivas. Los trabajos de NORDEEN y YAHR (1982) permiten un mejor entendimiento de las asimetrías hemisféricas en el comportamiento y los efectos hormonales de la diferencia sexual del cerebro de los mamíferos. Estos trabajos refuerzan la hipótesis de que las consecuencias de la diferenciación sexual no son las mismas en los dos lados del cerebro, reforzándose de pasada las teorías de Bradshaw.

Estas teorías de estimulación basadas en las diferencias interhemisféricas también se refuerzan por la forma en que se presentan las fantasías que son diferentes en el hombre y en la mujer.

Parto en el agua

Por el Dr. Pedro Peraza Torres



Es no es más que un método en la búsqueda de humanizar el nacimiento y a nuestro entender es el mejor que ayuda ofrece a la mujer embarazada en lo que respecta al alivio de las molestias fisiológicas, pero a veces muy dolorosas, de las contracciones durante el trabajo de parto, y aunque es durante el período de dilatación cuando mejor colaboran las embarazadas, también, si les apetece, pueden hacer el expulsivo de su hijo dentro de la piscina, máxime cuando nuestro presentimiento sobre el carácter eminentemente desfavorable desde el punto de vista mecánico de la postura dorsal está confirmado.

Material utilizado: una piscina de rehabilitación de acero inoxidable con 5.000 litros de capacidad en una habitación que no recuerda para nada a un quirófano de partos.

Para nosotros asistir a una parturienta es, "para empezar", ayudarla a aceptar ese modo de

defensa contra el dolor que constituye la "regresión", es ayudarla en un nivel de conciencia que facilite la relajación de los músculos del periné con la apertura de los esfínteres, es ayudarla a sentir el tiempo de modo distinto, es también no contrariar la expresión de las emociones por los movimientos, las mímicas y, sobre todo, por el grito, asistir a una parturienta es ayudar la comunicación por el tacto, la caricia, el contacto físico y disminuir los intercambios verbales, la libre expresión de las emociones va unida con la libertad del cuerpo y para que se permita el grito es necesario el aislamiento topográfico de la sala de partos.

Las implicaciones de una reflexión sobre las posturas obstétricas van mucho más allá de la técnica obstétrica. (Dr. Caldeiro-Barcia; Dr. M. Odent).

La mayoría prefieren caminar, o arrodillarse



durante las contracciones, o se sientan; o si prefieren se les recomienda que se metan en una piscina de unos 5.000 litros de agua caliente que tenemos a propósito; cualquier esfuerzo que se pueda hacer para ayudar a que le sea confortable su posición y, especialmente, de un forma instintiva identificarle con su cerebro vicero-afectivo, no lo evitamos. El parto puede ocurrir en cualquier sitio o posición en que la madre se encuentre más confortable.

Algunas de ellas si la evolución es buena se les permite que el expulsivo sea dentro del agua. La mujer en el momento del parto hay que ayurla a que olvide los condicionamientos culturales negativos que le ocasionan un control intelectual en su propio cuerpo en "trabajo de parto", si esto lo logra de una forma instintiva, generalmente, el nacimiento es facilísimo.

Desde luego que hemos visto que cuando se pare estando boca arriba y acostada el contacto de piel a piel y el contacto visual madre-hijo (lo que se llama el contacto de face), es peor que si la mujer está de pie o en cuclillas.

Desde luego que la postura de rodillas ayuda a la mujer a reducir el control de neocortex olvidando todo lo que es cultural y social; sabemos

que la posición de rodillas es una postura usada por los creyentes y los que rezan, porque con ello hay una especie de identificación o de búsqueda de otro nivel de conciencia.

Hemos descubierto la eficiencia del agua en período de dilatación, realmente la razón y forma en la que actúa la presión hidrostática, la fuerza de empuje y la temperatura del agua, es sor-

prendente, y hasta misteriosa, la forma en que ayuda a la evolución normal de trabajo del parto, incluso hemos visto que con poco tiempo de permanencia dentro de la piscina es suficiente para soslayar o solucionar cualquier tipo de inhibición o cualquier tipo de inercia en el trabajo de parto.

No olvidemos que hay muchas formas también de estar dentro del agua. Hay muchas formas de explicar el efecto misterioso que supone la mejora de la conducta y evolución del parto dentro del agua bien sabemos que el agua reduce la secreción adenergica del individuo. La inmersión en agua caliente a media luz puede poner, incluso, a una paciente a un nivel de relajación similar a las ondas alfas del cerebro. Lo que sí es concluyente y evidente, es que las contracciones son más eficaces estando dentro de la piscina con agua caliente y las molestias son mínimas en el mismo tiempo así que muchas veces el trabajo de parto evoluciona muy rápidamente y casi totalmente indoloro; a la mayoría de ellas no les apetece salir de la piscina, lo que trae como consecuencia que muchas veces el niño nace debajo del agua. También hay que tener en cuenta que nuestro propósito no es único y concluyente, en el sentido de que sea una cosa impuesta el que el niño deba nacer debajo del agua. Pero es importante tener los conocimientos suficientes claros como para lograr que esta evolución sea lo más beneficiosa posible.

La importancia del agua es ayudar a la madre durante el período de dilatación.

Haya muchas formas de hablar y tratar de los cambios de niveles de conciencia que suceden



durante el parto y el nacimiento, las fluctuaciones de las secreciones hormonales son probablemente las responsables por estar concertadas con el nivel de abstracción.

Hay un nivel de abstracción. Hay un nivel óptimo de concienciación que hace que se logre una óptima secreción, incluso de endorfinas y oxitocinas, todo el sistema endomorfinico y endocronológico del individuo es observado en su trabajo de parto.

Se ha observado y estudiado gracias a la observación de muchas pacientes (Dr. Caldeiro, Dr. Odent), que ellas si están instintivamente identificadas con su parto y en un nivel de conciencia especial que la conducta de la mujer es totalmente diferente, como si estuviera drogada, ellas mismas dicen que se encuentran con un fuerte placer entre cada contracción, como si tuvieran una protección contra el dolor en ese momento.

Hay muchas razones científicas que hacen pensar que el sistema de la endorfinas durante el trabajo de parto y los opacos endógenos pueden proteger a la madre y al niño contra el dolor.

También es fácil imaginarse que si es tratado medicamentosamente un parto hay muchas posibilidades que se cree un distrubio en el sistema de la endorfinas. Generalmente no se puede estudiar la capacidad de tener un placer y una sensación de bienestar. (Dr. Caldeiro, Dr. Odent)

¿Cuál es el resultado de estas prácticas?

Pues hemos comparado y hemos vivido en escuelas más adelantadas y que llevan muchos años llevando este tipo de asistencia obstétrica, que la morbilidad y mortalidad perinatal es mucho más baja que una clínica normal y el bajo costo y la relación de medicina preventiva en lo que respec-



ta a la lucha contra la subnormalidad es algo que debemos tener en cuenta de una manera clara.

El Ferrol, Noviembre de 1984

Matronas colaboradoras:

- D^a. Concepción Couce
- D^a. M^a Jesús Fernández
- D^a. Josefina Chico
- D^a. Nieves Freire
- D^a. Josefina Martínez



STRESS, MONITORIZACION Y PREPARACION PREVIA

Dr. A. Aguirre de Cárcer, M. Jañez, P. González



El motivo de esta comunicación es hacer algunos comentarios sobre el trabajo de investigación que estamos llevando a cabo en la Maternidad de la Paz de Madrid sobre la monitorización como factor de stress en el momento del parto, en colaboración con las Dras. Mercedes Jañez del Servicio de Educación Maternal y Pilar González del Laboratorio de Hormonas.

Pues bien, en este comentario previo, vamos a estudiar la monitorización, no desde un punto de vista obstétrico —puesto que esto no nos interesa en este momento— sino desde el punto de vista que nos interesa, que es el psicológico. Pues bien, empezaremos por decir que, desde este enfoque, destacan dos factores fundamentales: el stress y la agresividad.

Digamos en primer lugar que el término stress, introducido por Han Selye de Montreal puede entenderse en un doble sentido: a) por un lado como una situación de amenaza frente al ser viviente y, b) como un "estado orgánico" constituido por un conjunto de respuestas somáticas y emocionales "no específicas".

Pues bien, recordemos aunque sea de una forma muy somera, algunos fundamentos biológicos: la Neurona, como toda célula, está rodeada de una membrana cuya función capital es mantener su estructura interna y, la mantiene gracias

a la polarización de sus caras: negativa en su cara interna y positiva en su cara externa.

Toda excitación o agresión de esa célula da lugar a una despolarización de su membrana lo que constituye el impulso que se propagaría de neurona en neurona a nivel de sus sinapsis y gracias a los neurotransmisores: acetil-colina, noradrenalina etc. Hasta llegar a los centros superiores de nuestro cerebro que son los que han de determinar nuestra conducta.

El ser vivo es agredido continuamente por el medio que le rodea, sin embargo, el individuo es capaz de mantener su estructura viva gracias a sus mecanismos de regulación y adaptación, mecanismos que se hallan escalonados jerárquicamente a diferentes niveles que van desde las moléculas de la célula hasta la conducta del sujeto en sociedad.

De todo lo dicho hasta ahora, hemos de sacar una conclusión, que sería la siguiente: toda situación de stress, es una agresión o ataque a la integridad del organismo, en la que, el sistema nervioso actuará de coordinador a distintos niveles jerárquicos para lograr la homeostasis.

Pues bien, centremonos ya en nuestro problema: el parto y monitorización. Hemos de pensar que el parto supone ya de por sí, una situación de stress importante. Demos un paso más y pensemos en la monitorización. ¿Qué significará para esa mujer que se encuentra ya en situación stressante? Pues bien, supone o significa —si no es preparada previamente— una nueva agresión, es decir, un nuevo stress. Pero maticemos un poco; esta vez no se trata de una situación provocada por la propia naturaleza —como es el caso del parto— sino que se trata de una agresión provocada por el hombre: a través de una máquina, unos electrodos, unos cables, etc.

El mecanismo normal del organismo, frente a una situación de agresión, es bien conocido y acabamos de recordarlo, es, una movilización de todas sus defensas, que empezará en una mayor actividad metabólica de la célula, con un mayor aporte de glucosa y de oxígeno, que afectará fundamentalmente a las células musculares, esto se logra naturalmente gracias a una intensificación circulatoria, lo que supone a su vez una sobrecarga cardiaca y respiratoria.

¿Qué está haciendo en realidad el organismo?

Está preparándose para modificar la situación, es decir, lo que intenta es llevar a cabo una acción "definida sobre el entorno", de modo que este pierda su carácter agresivo y, ¿cómo intenta lograrlo? Mediante una conducta determinada: huyendo, amenazando, gritando, luchando o simplemente abrigándose si el entorno agresor es el frío o quitándose la ropa, bañándose o tomando bebidas frías, si el agresor es el calor.

En realidad la descripción que hemos hecho de una respuesta motora —una conducta a un estímulo de coacción procedente del ambiente, ha sido lo más sencilla posible y la hemos expresado a través de un circuito sensoriomotor. Pero hemos de pensar que el comportamiento humano es algo muchísimo más complicado, ya que ese circuito primitivo del que hemos hablado va a conectar en la corteza cerebral con miles o millones de circuitos asociativos, que son el resultado a su vez, de una información previa: que es nuestra historia y nuestra experiencia en la vida.

Pues bien, volvamos de nuevo a la situación que estudiamos: esa mujer que está dando a luz —y, que se halla por tanto en una situación de stress— se siente de golpe agredida por un entorno absolutamente desconocido para ella y, formado por unos instrumentos sofisticados que intuye como peligrosos, molestos o dolorosos o, como signos de que "algo no va bien".

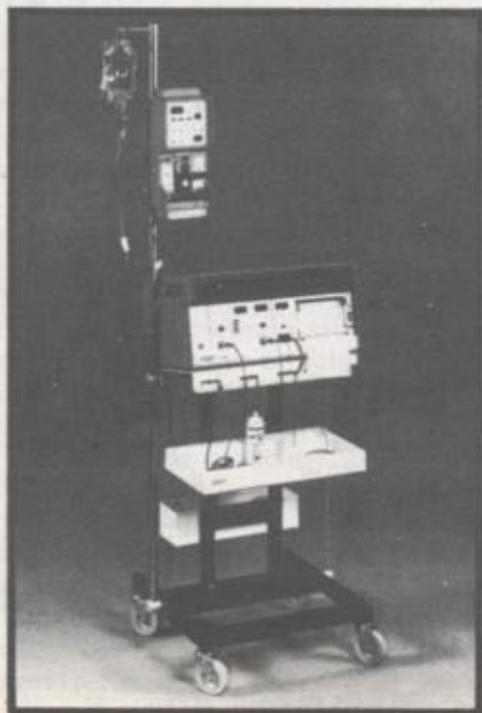
¿Cómo se defenderá ante esta situación?

Biológicamente acentuando un mecanismo que ya ha puesto en marcha ante la situación stressante que para ella supone el parto: el "síndrome general de adaptación". Pero, psicológicamente ¿qué hará?

Pongámonos por un momento en su caso: se halla en una situación en la que es incapaz de modificar su entorno, por tanto se halla en una situación de absoluta frustración. Y, ¿cuál será su reacción ante el estado de cosas? No puede ser más que una: la agresividad.

La agresividad no ha de ser vista solamente como una conducta hostil y destructora, ya que desempeña un papel importante en la dinámica de una personalidad. Constituye una actitud general ante la vida y, en este sentido llega a ser una cualidad que permite al hombre sobrevivir frente a un entorno hostil.

Para algunos etólogos como Lorenz, "la agresividad existente en todos los animales la hemos heredado inexorablemente. El comportamiento agresivo ha sido estudiado fundamentalmente a través de la observación animal, pero no caigamos en el error de considerar que este comportamiento puede ser transplantado directamente al hombre. Así, la agresividad en el animal no implica necesariamente hostilidad. El gato que devora al gorrión lo hace con la misma naturalidad con que la vaca se come la hierba. Su conducta corresponde a una necesidad vital, lo mismo que ocurre en su conducta de "competición sexual", de "defensa de su territorio" o de "mantenimiento de una estructura jerárquica". Por ello y con frecuencia este comportamiento agresivo no entraña necesariamente un desenlace mortal ni siquiera supone un combate. La muerte o la herida del enemigo o del competidor es evitada con gran frecuencia recurriendo a una serie de medios, como serían "ritualizaciones": así las jirafas que se atacan se golpean con sus cabezas, pero no lo harán nunca a coces, por ser estas extremadamente peligrosas o, recurrirán



Evidentemente para un profano en obstetricia, la visión de estos sofisticados aparatos puede impactarle.

a intimidaciones o inhibiciones. Así, el toro que no quiere luchar rasca el suelo con su pezuña y, el lobo vencido, presentará a su rival su cuello para ser mordido por él, cosa que no sucederá por parte del vencedor.

Volvamos de nuevo a nuestro tema, hasta ahora nos hemos referido a la agresividad como un mecanismo psicológico defensivo de una mujer que se halla ante un stress angustiante del que no puede defenderse de otro modo.

Pero antes de seguir adelante digamos unas palabras sobre algo relacionado con el tema, pero que no hace referencia a la mujer. Estamos hablando de la conducta agresiva —afortunadamente muy poco frecuente pero no por ello inexistente— por parte de los que la atienden en el momento del parto. Agresividad que no puede ser explicada como una reacción ante una situación vivida como stressante por ellos.

¿Por qué especialmente en nuestra época actual, tantos seres humanos se comportan con sus semejantes de una forma tan agresiva, o incluso tan cruel?

Hemos de pensar que esta agresividad en ellos tiene un origen. Y, este origen —no siempre, pero sí con frecuencia— no es otra cosa que el placer del poder, de la autoridad, del mando. Pero con frecuencia se trata de un poder que va unido a un espíritu de revancha. Este caso se da por ejemplo con frecuencia en sujetos que fueron humillados y dominados en el curso de su existencia. Pero desgraciadamente esta situación es muy frecuente en la vida. ¿Quién no ha tenido —dada la extrema dependencia del niño desde que nace— la oportunidad de ser dominado u

oprimido por personajes vividos como “poderosos” o considerados por ellos como “malos”?

Pero volvamos al caso de nuestra parturienta, su agresividad más o menos larvada o manifiesta, no puede modificar la situación que se encuentra, ni puede resolver su conflicto psicológico: su frustración.

¿Qué sucede entonces?

Que esa agresividad que no puede ser liberada, tiene que liberarse de otra forma y, lo hará a través de síntomas funcionales. No es preciso insistir sobre algo sobradamente conocido y estudiado: las frecuentes disarmonías que se presentan en los partos monitorizados.

Pudiera pensarse a través de lo que hemos dicho hasta ahora, que nuestra actitud frente a la monitorización es absolutamente negativa —nada más lejos de ello— ya que se trata de un avance importantísimo de la obstetricia moderna. Por tanto, nuestra idea al presentar esta investigación en curso y este estudio, no es otra cosa que recordar al profesional, llámese: médico, matrona o enfermera, la situación en que se halla la gestante sometida a una monitorización, si no ha sido previamente preparada para ella.

Decíamos al principio de nuestra disertación que nuestra conducta no era el resultado de un simple “estímulo-respuesta”, a través de un único circuito sensoriomotor, sino que era el resultado de múltiples circuitos corticales asociativos; que suponían a su vez, el resultado de: una experiencia previa, una historia, una biografía, en suma: UNA VIDA.

Permitir que una mujer absolutamente ignorante se enfrente durante su parto a la angustia



Después de una información adecuada, la mujer con su parto monitorizado puede llevarlo con la máxima naturalidad.

stressante de una monitorización sin haber sido previamente preparada psicológicamente para ella, constituye a nuestro juicio un grave error.

Un error cuyas consecuencias no sólo aparecen con frecuencia de una forma bien palpable en la dinámica del parto, sino que pueden hacerlo con posterioridad, cuando ya nos hemos olvidado no solo de su parto sino de ella misma.

Lo que para nosotros pudo ser: un parto más, pudo ser para ella un auténtico traumatismo. Y, esto es precisamente lo que la experiencia nos ha demostrado. Muchas veces dentro de este diagnóstico vago de "depresión post-parto", nos encontramos con un síndrome muy claro, el denominado por el DSM III (obra básica de la psiquiatría actual americana) "trastorno por stress post-traumático retrasado".

Este trastorno se da en situaciones stressantes traumáticas caracterizadas por: 1. por haber sido vivido en soledad, y 2. por haber sido provocada la situación deliberadamente por el hombre. Ambas circunstancias, como vemos, se dieron en el caso que estudiamos.

La sintomatología de este cuadro puede manifestarse de distintas formas. Las más frecuentes serían las siguientes:

1. En forma de recuerdo doloroso que se repite de forma obsesiva.

2. El acontecimiento: el parto y más concretamente la monitorización, es vivida de nuevo en forma de sueños o pesadillas.

3. Aparece con frecuencia un embotamiento de la sensibilidad afectiva, es la denominada "anestesia psíquica" o "anestesia emocional".

4. La mujer se siente extraña, como separada de los demás y, es incapaz de interesarse por actividades consideradas, previamente por ella, como interesantes y agradables.

5. Destaca su incapacidad emocional, que resulta más sorprendente frente a situaciones íntimas y tiernas.

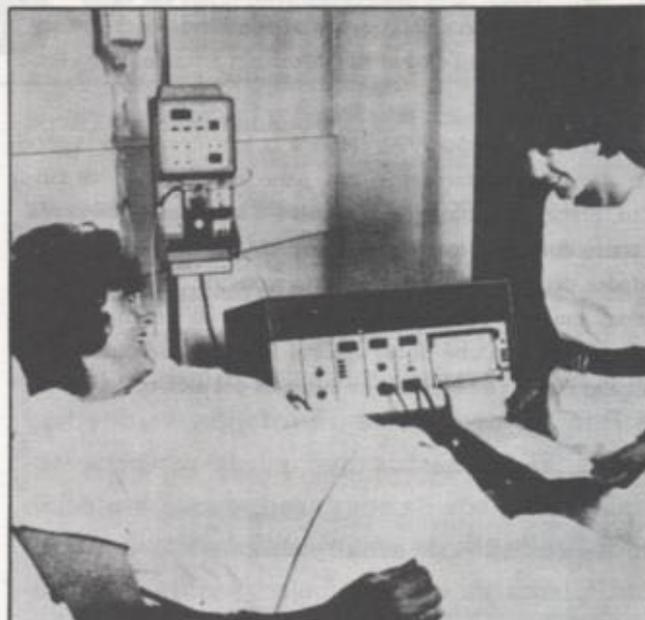
6. La sexualidad se halla notablemente disminuida.

7. Son frecuentes los síntomas de agitación vegetativa, que la colocan en un estado de hiperalerta y, exagerada respuesta de alarma.

8. Es frecuente el insomnio así como la dormición intranquila en la que no faltan como hemos visto las pesadillas.

9. Con frecuencia se quejan de déficit de memoria y dificultad de concentración.

10. No faltan como síntomas asociados la ansiedad y un estado depresivo. Y, es precisamente este estado depresivo el que con frecuencia induce al médico a etiquetarlo de "depresión post-parto", sin concederle una excesiva importancia no dándose cuenta de que se trata de un cuadro mucho más serio.



¿Cuándo se presenta este cuadro?

Puede hacerlo inmediatamente después de la situación stressante —el parto en este caso, pero puede hacerlo también, después de un período de latencia que a veces es de algunos meses.

En resumen, y a la vista de todo lo dicho nos planteamos esta pregunta: ¿cuál ha de ser nuestra conducta?

Al analizar una situación stressante no sólo hay que tener en cuenta el agente de coacción —en este caso la monitorización— sino también: los recursos, las defensas y los mecanismos para enfrentarse a él. Si el "yo" de la gestante funciona de una manera adecuada, buscará el equilibrio adaptativo y, aquí está su aprendizaje o "preparación previa" para ayudarla: en forma de información adecuada, relajación, técnicas sofrológicas, etc.

Pero, si no es así —si no logra el equilibrio adaptativo— se mantendrá su ansiedad pudiendo llegar a adquirir un carácter patológico, que la llevará como mecanismo de defensa, primero a una conducta agresiva y después a una somatización en forma de síntomas funcionales que influirán negativamente en la mecánica del parto.

En suma, nuestra investigación trata de demostrar en forma objetiva y, con el debido rigor científico, que lo que hemos expresado en esta comunicación, no son simples hipótesis sino realidades demostrables. ■

Dr. Alvaro Aguirre de Cárcer
Jefe de la Sección de Educación Maternal
Maternidad La Paz
Madrid

El porvenir de las matronas

Por el Dr. Félix Méndez Carpe

No poca importancia deben dar las matronas a su afirmación y sostenimiento como Profesión Fundamental dentro de las estructuras de la salud y con protagonismo irremplazable en la Sanidad tanto actual como futura.

Esta afirmación como profesión, resulta hoy necesaria, a pesar de que pueda parecer perogrullesca, si nos damos cuenta que la evolución de los cuidados de salud y del modelo de sociedad, planea ya sobre la mujer y sobre la matrona, como una amenaza sobre ellas, amenaza de extinción en lo que concierne a su papel como eje de la familia y en los cuidados maternos.

El cuidado de la familia y el papel de las matronas son los dos sectores de la actividad femenina donde los derechos de la mujer están seriamente amenazados.

El cuidado de la familia, porque la actividad extradoméstica va obteniendo paulatinamente una mayor valoración de este tipo de trabajo frente al del ama de casa, que aparece claramente menospreciado. Pero ello se produce olvidando que la mujer en el trabajo del hogar es en la gran mayoría de sus actividades la cuidadora sanitaria de la familia. En efecto, compra y hace las comidas, limpia, se ocupa de los desechos, (sin contar con que es quien por lo general cuida a los miembros enfermos), y todo ello son actividades sanitarias básicas en la prevención de enfermedades. Es pues, que sin darnos cuenta de que el ama de casa es el más valioso eslabón en la cadena de la sanidad, se fomenta y se la alienta hacia el trabajo extradoméstico, desviando a la mujer desde su papel transcendental de eje de la familia hacia el de "un miembro más" de ella.

Se camina así hacia familias en las que la vida dispersa es norma: los hijos quedan en guarderías mientras el marido y la mujer trabajan; se

reunen después de la jornada laboral para en las pocas horas que quedan llevar a cabo la convivencia familiar y las tareas domésticas (éstas a cargo de la mujer casi totalmente*) resultando así la mujer una trabajadora de doble jornada. Y en la culminación del disparate, se valora más el trabajo del marido y el de los hijos que el de ella. La consecuencia solo puede ser el lógico deterioro de la calidad familiar de vida.

Puesto que la familia es el respiradero de los malos humores (y de la mala crianza, decía Benavente), si la crianza es mala y si la vida endurecida agrede cada vez más, en la familia se respirarán malos humores y malos modos que conducirán a una más frecuente y precoz desintegración de la unidad.

Pero esta amenaza al papel fundamental de la mujer en la familia que es en su mayor parte una amenaza a su labor sanitaria, con ser apasionante y muy discutible, no es el tema que nos deba ocupar en esta revista.

La otra amenaza es sobre el papel de la matro-



na y es lógicamente la que más debe preocupar a este colectivo.

A pesar de que la mayor parte de los niños son aún traídos al mundo por estas profesionales, los progresos tecnológicos en la obstetricia han erosionado la independencia de las matronas y evolucionan hacia un futuro no lejano en el que podrían ser totalmente eliminadas.

La supresión de la Matrona sería un retroceso indudable y sin embargo estamos ante la situación de que hay que prevenir que ello ocurra. Si el colectivo no defiende su profesión no solo asistiremos a la desaparición práctica de ella, sino a algo mucho más grave: al enterramiento de la maternidad entre los actos médicos monitorizados y mecanizados, o lo que es lo mismo, deshumanizados. Hasta el extremo de que una enfermera, tal vez un médico y desde luego medicamentos y muchas máquinas habrán contribuido a nacer al niño, pero se habrá privado a la parturienta del contacto con la matrona, del más íntimo y por ello también el más valioso durante el trance más grandioso del ser humano y a su hijo, que entra en el mundo de una manera dolorosa, violenta y fría, sin la acogida emocional entrañable que necesita. Se habrá deformado el acto natural de nacer, ancestralmente llevado entre dos mujeres: la que da a luz y la mujer experta y prudente (no es casualidad que en el idioma francés se llame a la matrona "sage-femme": mujer prudente o sabia), en un acto artificial, triste y robotizado, llevado a cabo entre una mujer que sufre y un equipo de personas-herramientas.

En busca de una maternidad más segura, en lucha contra el imposible cero en morbi-mortalidad materna e infantil, se justifican elevadas inversiones, se crean nuevas máquinas, se planean equipos y se aplican técnicas que por artificiales no pueden más que deshumanizar y que si influyen en algo esas cifras, habría que estudiar la "rentabilidad" de esos logros puesto que a partir de las cifras Europeas que España posee en sus maternidades, cualquier pequeña mejora

en ellas solo es posible a expensas de grandes equipamientos que transforman los paritorios en complejas unidades de tratamiento intensivo y entonces se observará que cuando mejora la mortalidad perinatal, empeora la de la morbilidad fetal con mayor incidencia de procesos irreversibles tales como la subnormalidad. En todo caso, el problema es fijar hasta qué punto se puede ir en Sanidad, rentablemente, porque en algún otro sector como es la seguridad aérea se sabe que para disminuir en otro pequeño porcentaje más el riesgo de accidente hacen falta equipamientos muy sofisticados (radares especiales, deshielo de pistas, aterrizaje totalmente automatizado...) que por su enorme costo se considera que no están justificados y que un poco más de riesgo de perder vidas humanas es más sensato que gastarse enormes cantidades en eludirlo. Y ello en sectores donde se actúa contra la naturaleza, lo cual no ocurre en la obstetricia, donde algunas veces la mortalidad fetal es solo un mecanismo que la naturaleza pone en marcha para desprender de errores genéticos insolubles.

En este cuadro de deshumanización, la matrona aparece mal emplazada. Su papel técnico podría suplantarse con ordenadores y máquinas a la que controlaría una enfermera. Su papel humano, donde lo humano se menosprecia, no bastaría ya para justificar su presencia entre tantos cables y monitores. Los ecónomos de la sanidad pueden estar tentados de incluir el acto de nacer en los programas de un ordenador y hasta de suprimir de la variedad de profesionales sanitarios, el incordio e incluso el costo de un colectivo completo y sustituirlo por un ligero incremento en el número de enfermeras. Los conocimientos sobre la fisiología y patología de la reproducción humana, que la matrona posee, podrían reemplazarse por unos cursillos de entrenamiento para enfermeras. Se tendrían así personas que siguen el parto y ayudan en los momentos decisivos. Quizá pudieran sustituirlas en lo técnico

co aunque en principio y sin lugar a dudas, esta sustitución empeoraría las cifras de morbilidad y aunque solo fuera por ello, el rechazo a tal estrategia se justifica sobradamente.

Pero lo que no pueden sustituir y ésto hay que defenderlo desde el colectivo profesional de matronas y desde todos los demás estamentos de una sociedad libre, es el derecho a que nuestras mujeres den a luz y nuestros hijos nazcan en un ambiente a la vez de ciencia y de amor, de íntima comunicación con otra mujer partera, que al tiempo que no solo asiste y ayuda sino que comparte el trance y lo vive en una forma compleja y sutil de amiga, consejera, enfermera, modelo y madre, que proporciona cuidados y ternura además de enseñanzas valiosas sobre temas delicados sin extralimitaciones de intimidad. En un ambiente en el que los cuidados no terminan cuando las constantes vitales se mantienen, sino que se complementan y continúan diálogos sobre tantas y tantas cuestiones que se suscitan en el embarazo, parto y puerperio y que nunca tienen fin ni pueden ser enseñados o incluídos en un ordenador, porque forman parte de la esencia femenina y sólo se resuelven cuando es la matrona con su irremplazable papel la que asiste a la mujer.

Pero si en el embarazo, el parto y puerperio, la matrona es imprescindible, en las demás circunstancias donde la reproducción humana está implicada, su papel es trascendental y su titulación tiene que ser preferida a cualquier otra. Así ocurre en las consultas de planificación familiar en donde la enseñanza de la anatomía y fisiología genital, el planteamiento de problemas psico-sexológicos, la exposición y enseñanza de

los métodos contraceptivos, el entrenamiento para la utilización del diafragma, e incluso la inserción del Dispositivo Intrauterino o la prescripción de algunos contraceptivos orales en los casos que no plantean problema (**), no solo suponen un gesto adecuado a la profesión y responsabilidad de la matrona, sino que permiten descargar al médico de tareas asistenciales masificadas, para las que poseen un inestimable recurso técnico y humano que le permitirá concentrarse en los casos más complicados.

Debe quedar clara y ser imperativo a defender sin concesiones, la defensa de la necesidad de la matrona y la potencialización de sus funciones como auxiliar del médico, auxiliar altamente especializado en la esfera sexual femenina, en la cual, ninguna otra titulación podría mantener los beneficios irrenunciables que la Sociedad viene ya recibiendo desde hace siglos y a los que por ser fruto de una labor irremplazable, nadir por obcecado que esté encontrará argumento válido alguno, ni ideológico, político o económico que nos condujera al absurdo de una humanidad que se reproduce veterinariamente. ■

(*) Tal como han demostrado los estudios de comportamiento hogareño en Estados Unidos en 1983, sobre parejas en las que ambos cónyuges trabajan, las actividades domésticas son realizadas casi únicamente por la mujer. La imagen cinematográfica del marido que friega, o pone la mesa no es más que eso: una ficción cinematográfica, o a lo sumo una excepción dentro de la regla.

(**) La prescripción de contraceptivos orales o inserción del DIU por matronas en los casos normales, es práctica autorizada en muchos países y está propuesta su aplicación en Gran Bretaña en 1984.

LA MATRONA Y LA SOCIEDAD

Pensar que vivimos en el mundo y no participar activamente de él, es morir un poco cada día.

La matrona desde siempre ha significado mucho para la Sociedad pues desde su parcela profesional ha sabido ganarse a pulso la admiración y el afecto de los demás.

Recordemos a nuestras matronas antecesoras, compañeras que supieron en todo momento cumplir dignamente con su tarea siendo reconocidas por ello a pesar de que sus medios de trabajo eran la mayoría de las veces muy precarios.

Las matronas desde tiempo antes supieron desarrollar una buena labor domiciliaria defendiendo en numerosas ocasiones, situaciones críticas en colaboración con el equipo asistencial, médico, practicante de zona, con gran entrega y profesionalidad.

¿Cómo está la situación de la matrona en el momento actual?

Es verdad que los sistemas de salud han cambiado dando paso, en el momento presente a los planes de Medicina Primaria y Salud Pública por lo que han cambiado también las formas de vida humanas.

¿Qué ocurre en tal momento? ¿Cumple la matrona su función desde un marco limitado y estático o bien se responsabiliza de las necesidades sociales evolucionando a su compás?

Los requisitos de vida son otros. El ser humano se concienza de ello porque la situación así lo exige. Las matronas debemos también adaptarnos a la nueva circunstancia social pues depende de nosotras y de nuestro grado de sensibilización a los adelantos de la medicina con sus nuevos sistemas de trabajo que podremos estar siempre a la orden del día, situándonos en la esfera que nos corresponde.

La matrona ha hecho Historia, la que ha tenido connotaciones de afecto y alegría muchas

veces y otras de sinsabores y penas, pero lo cierto es que en todo momento ha sabido estar al frente de su trabajo, el que ha cumplido con dedicación plena.

No dejemos que la apatía llegue a nuestros corazones y nos impida colaborar. Sigamos adelante, haciendo siempre Historia. Una conducta que demuestre nuestro desarrollo profesional y el firme propósito de evolucionar cada día más en nuestro campo. No permitamos el estancamiento o que nos releguen al margen de toda actividad.

Labremos nuestro porvenir con letras que impriman entusiasmo e ilusión y sean siempre nuestra compañía constante. Pensemos que nada ni nadie nos podrá revocar jamás si amamos a la profesión, y lo reafirmamos con:

- La unión de todas nosotras.
- Haciendo un trabajo efectivo cuyo fruto derive de la abnegación de nuestro quehacer diario.
- Con una renovación constante.
- Sabiendo convivir con los demás, pensemos que la Sociedad la formamos todos. La conciencia se desarrolla en el individuo cuando este lucha por su libertad, derecho inalienable que todos tenemos.
- Que la matrona conquiste su libertad de acción, preparando concienzudamente nuevos planes de trabajo.
- Que motive constantemente, motivando a los demás.
- Que informe, instruya, publique y divulgue temas de interés para su profesión...

Y en suma que no cese en el empeño de su autorrealización, aprendiendo cada día algo nuevo y relevante para el ejercicio de su trabajo, integrando así su persona con dinamismo en la Sociedad.

Rosa Gaspa (Soria)

ALTERACIONES PSIQUICAS DEL PUERPERIO

Antonia Díaz Villaseñor (Ciudad Real)

Definición

Clásicamente se describe con el nombre de psicosis puerperales los accidentes psiquiátricos del embarazo, del puerperio y del aborto. Estos accidentes revisten los más diversos aspectos: desde la reacción neurótica ligera a la psicosis de largo curso. En su determinismo debe tenerse en cuenta, aparte de los factores genéticos hormonales y toxoinfecciosos, la situación actual, es decir, la maternidad con todos sus aspectos biológicos y psicosociales, y las relaciones entre esta situación actual y la personalidad.

Momento de comienzo

Estos fenómenos tienen lugar en los días que siguen al alumbramiento o en cualquier momento durante los primeros seis meses del puerperio. Claro está, que se han señalado alteraciones de la conducta dentro del primer año, e incluso más tarde.

El comienzo es brutal, de los dos a los diez días después del parto, (bastante a menudo hacia el quine o veinte días) que es cuando la paciente regresa a su casa desde el hospital, desprovista de la seguridad y de la ayuda que representa el hospital, la paciente se encuentra ante todas las responsabilidades de su papel de ama de casa y además de las tensiones normales de tipo físico, emocional y mental inherentes a la maternidad. Otro momento de frecuencia de este trastorno, es hacia las dos o tres semanas de regresar a su casa, cuando la madre de la paciente u otros parientes y amigos, que han proporcionado diversos tipos de ayuda, vuelven a reintegrarse a sus actividades normales.

Sin embargo, debe recordarse que los sentimientos que experimenta la paciente, o los conflictos que tiene en cuanto a su maternidad, son los que desempeñan el principal papel. La mujer que psicológicamente no está preparada para la maternidad puede desarrollar una alteración psíquica postparto, incluso en las condiciones más favorables Psíquicas y ambientales. Las situaciones ambientales que implican tensión deben tenerse presentes como desencadenantes prima-

rias que interactúan con los propios conflictos internos de la paciente.

Etiopatogenia

Vemos que hay tres tipos de factores:

1º Culturales: Que se dividen a su vez en dos

a) Margaret Mead, en sus estudios antropológicos en los que comparó diferentes sociedades dice que cada sociedad tiene su "pre-conceptos" en lo que respecta a las funciones procreativas de la mujer, preconceptos a los que suelen adaptarse la mayoría de las mujeres.

b) Las religiones, los cultos, los mitos y leyendas.

2º Psicológicos: El embarazo y el parto suponen un estado psicológico especial para la mujer, que en no pocas ocasiones se traduce en dificultades psicológicas para asumir la maternidad.

Recamier en 1961 introdujo el término "maternalidad" para designar el conjunto de procesos psicoafectivos que se producen en la mujer durante la maternidad.

3º Neuroendocrinos: Dicen que durante los primeros meses del embarazo y durante las dos primeras semanas del puerperio, se operan en el organismo de la mujer enormes modificaciones metabólico-endocrinas. Y es precisamente durante estos dos períodos, cuando se producen, con mayor frecuencia, los trastornos depresivos y otros psiquiátricos.

Las relaciones neuroendocrinas del embarazo y del post-parto son:

a) El incremento hormonal influirá directa o indirectamente sobre el cerebro de la futura madre.

b) La disminución hormonal brusca durante los primeros días del pos-parto influirá sobre el cerebro materno.

c) Actualmente hay multitud de evidencias clínicas, de que las alteraciones anímicas se producen en pacientes que han recibido grandes dosis de corticoides y posteriormente se les ha privado de ellos.

d) La acción de los estrógenos sobre el meta-

bolismo de las catecolaminas y su participación en las alteraciones anímicas.

- e) La importancia de los efectos de la prolactina sobre la conducta y el cerebro.
- f) La acción depresiva de la progesterona, etc.

Frecuencia

La mayor parte de los estudios epidemiológicos actuales confirman la preponderancia de la depresión en el sexo femenino, que suele aumentar durante los primeros meses del embarazo y en las primeras semanas del puerperio.

La aparición de la psicosis del embarazo y post-parto afecta al 15 o 20 por ciento de las enfermas según las estadísticas. La gran mayoría de accidentes está constituida por las alteraciones psíquicas del post-parto (60 o 80%). Un cierto número son tardías (psicosis de la lactancia), en la proporción del 5 al 15%. También se dan con más frecuencia en pacientes estadísticamente más vulnerables, como son: las primíparas, mujeres de edad mayor, que han tenido un intervalo muy prolongado entre el embarazo actual y los anteriores, y la de mayor importancia que es cuando han sufrido una alteración psicótica previa en partos anteriores. Un estudio ha demostrado que la frecuencia de depresiones psicóticas post-parto creció desde el 0,1 al 50% cuando las 41 mujeres estudiadas quedaron embarazadas después de haber sufrido una psicosis post-parto.

También hay otros factores que hacen que la frecuencia de las alteraciones psíquicas del embarazo y del puerperio aumentan, tales como: un embarazo no deseado, la falta de cariño del marido, las pacientes solteras o separadas, las que tienen graves problemas maritales, aquellas cuyos embarazos no estaban planeados, aquellas que encuentran violencia física en la familia y en las que en su historia encontramos celos de un hermano mayor o inhibiciones sexuales nacidas frecuentemente de aptitudes familiares. Así como aquellas que tienen poca identificación con la madre, y por lo tanto, ambivalencia por parte del puerpera en cuanto a su papel de madre o de mujer en general, o las que durante el embarazo experimentan ansiedad.

Según Racamier en 1964 el número de psicosis puerperales iría en disminución como efecto del mejoramiento de las condiciones de maternidad en los años recientes (papel de la preparación para el parto y el mejoramiento de la relación entre la madre y el niño).

Clasificación de los trastornos depresivos del embarazo y del puerperio

Son tres cuadros depresivos los que podemos encontrar en este período:

I) En la primera mitad del embarazo:

1. Desencadenamiento de una fase depresiva, en una paciente que sufre previamente una psicosis maníaco depresiva.

2. Reacción depresiva:

- Depresiones mayores
- Depresiones neuróticas

Estas reacciones dependen en gran medida de la personalidad premorvosa de la embarazada, así como de la postura que adopte la mujer frente a su embarazo.

a) Depresiones mayores:

- Crisis narcisista del embarazo.
- Embarazo no deseado.
- Conflicto conyugal permanente.
- Problemas económicos.

b) Depresiones neuróticas. Reflejan la lucha de la mujer con su propia prohibición de tener un hijo. En este caso, la depresión será el debut sintomático de un trastorno neurótico de la personalidad.

II) En la segunda mitad del embarazo: se pueden dar con mucha frecuencia las tres variedades anteriores.

III) En el puerperio: En lo que respecta a los trastornos depresivos en este período podemos clasificarlos en cuatro cuadros.

1. Post-partum blues (post-parto azul). Se trata de cuadros depresivos leves o moderados caracterizados básicamente por tristeza y lavilidad que aparecen en más del 50% de las mujeres durante la primera semana del parto y especialmente en el quinto día.

2. Síndromes depresivos mayores: Estos se pueden dividir en 2:

a) Cuadros depresivos somatógenos. Que serán reflejo de una enfermedad carencial o infecciosa hoy día poco frecuentes, dados los avances de la medicina en estos campos.

b) Cuadros depresivos producidos por la separación del hijo de la madre, según Recamier tanto para la madre como para el hijo esta separación corporal es una ruptura y un traumatismo.

3. Psicosis puerperales, en este punto se admiten cuatro tipos clínicos fundamentales:

a. Psicosis puerperal con sintomatología maníaca.

- b. Psicosis puerperal con sintomatología depresiva.
- c. Psicosis puerperal con sintomatología esquizofrénica.
- d. Psicosis puerperal consintomatología mixta.

Pero junto a éstas vamos a añadir aquellas que presentan una sintomatología depresiva de tipo melancólico como son "las psicosis puerperales melancólicas", estas melancolías ocurren frecuentemente después de las primeras 48 horas que siguen al parto, se consideran de tipo psicológico, y por lo tanto asociadas directamente con la brusca caída de gonadotropinas coriónicas.

Los síntomas suelen limitarse a un aumento de la labilidad emocional que no parece apropiado, y las lágrimas imprevisibles que la paciente tiene dificultad para expulsar.

Puede quejarse de sentirse físicamente y emocionalmente agotada por el proceso del parto y, puede describirse a ella misma como "caída y abandonada". Estas suelen remitir en el plazo de 48 a 72 horas espontáneamente; y se suele encontrar mayor vulnerabilidad en las primíparas, pero existe también un estado melancólico de aparición tardía que se suele dar en mujeres con embarazos muy seguidos y éstos se caracterizan por:

- Astenia intensa
- Síndromes dolorosos diversos
- Confusión discreta
- Perturbaciones del sueño

4. El cuarto

4. El cuarto cuadro clínico depresivo que se puede presentar en el puerperio es el desencadenamiento, como consecuencia del parto, de una fase depresiva en un paciente que sufre previamente una psicosis maníaco-depresiva.

Criterios de diagnóstico

Los criterios que se deben cumplir para llegar al diagnóstico de la psicosis puerperal depresiva o melancólica son:

1. Presentación dentro del mes y medio siguiente al parto.
2. Humor disfórico o severa pérdida de interés o placer. Siendo el trastorno predominante y persistiendo al menos durante una o dos semanas.
3. Se requieren al menos 5 de los siguientes síntomas:
 - Pérdida del apetito y/o peso, bien incremento de ellos.
 - Dificultades para dormir o hipersomnía.
 - Pérdida de energía.

- Agitación o enlentecimiento psicomotriz.
 - Pérdida de interés en las actividades usuales.
 - Sentimientos de autoreproche o culpa.
 - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
 - Pensamientos en torno a la muerte o al suicidio.
 - Cualquier tipo de conducta autolítica.
4. Frecuentes ideas delirantes de negación o melancolías.
 5. Ocasionalmente alucinaciones.

Diagnóstico Diferencial

Entre los signos psíquicos, vemos que para diagnosticar estas alteraciones puerperales, el clínico suele buscar los síntomas clásicos de insomnio, anorexia, y pérdida de peso. Desafortunadamente durante el puerperio los insomnios pueden estar enmascarados por la necesidad que tiene la enferma de despertarse para alimentar y vigilar a la criatura varias veces durante la noche. De manera similar se mezclan la pérdida de peso, que suele ser un fenómeno fisiológico del postparto.

Otros síntomas de estas alteraciones más moderadas son: la torpeza, apatía, aumento de irritabilidad, y labilidad emocional, sentimiento de autoengaño, desesperación, indecisión e incapacidad para concentrarse, que también deben vigilarse.

Durante las semanas que siguen al parto, la madre se siente sobrecargada con una demanda excesiva para su capacidad de amor. Por lo tanto, con mucha frecuencia estos sentimientos de autonegación que originan las alteraciones postparto se enfocan hacia una sensación de incapacidad para querer, o querer suficientemente.

Evolución General y Pronóstico

Suelen ceder más fácilmente las alteraciones precoces que las tardías; incluso sin tratamiento, aunque el uso de medicamentos permitan acortar sensiblemente la hospitalización. No obstante, debemos tener en cuenta:

a) La Tendencia a las recaídas.— Que constituyen la característica más habitual. Pero incluso cuando se trata enérgicamente las alteraciones puerperales, ocurre que después de una remisión espontánea o como consecuencia del tratamiento, la alteración tiende a reaparecer durante varios meses.

Se conocen casos en que la evolución prosigue por asaltos, durante uno o dos años. Esto puede incluso desenvocar en cronicidad. Con un cuadro

de esquizofrenia o en una demencia con caquexia rápida.

b) Evolución crónica de las alteraciones puerperales. El pronóstico está considerado como favorable generalmente pero a la larga permanece en todos los casos gravado por la hipoteca de una alteración latente, revelada por el puerperio (livadon).

Según G. Schneider (1957) la evolución hacia cronicidad es rara (13% de los casos), lo que viene a decir que las alteraciones crónicas implican poca crisis de comienzo o brotes evolutivos puerperales (sólo 20 esquizofrenias o psicosis maníaco depresivas, entre 141 habiendo dado a luz o presentado trastornos puerperales).

c) El riesgo a recidivas en gestaciones ulteriores.— Del 15 al 20% de pacientes han sufrido algún tipo de trastornos psiquiátricos? volverán a presentar este tipo de trastorno en embarazos futuros.

Pero aún así, hay que ser reservado cuando se agrupan malas probabilidades hereditarias, rasgo de personalidad prepsicótica, mala adaptación a la situación conyugal y socioeconómica. Seremos más optimistas cuando la psicosis ha sido desencadenada por las circunstancias de la maternidad, entonces la rapidez y la calidad de la curación son también factores favorables.

La experiencia clínica muestra que aún en casos estimados como desfavorables pueden producirse otros embarazos sin incidentes.

Tratamiento y profilaxis

El tratamiento se clasifica en:

1. Psicoterapia.— Que puede ser individual o en grupo.

2. Tratamiento medicamentoso:

a) Antidepresivos tricíclicos que pueden ser estimulantes, según la clase de depresión (inhibida o ansiosa).

b) Ansiolíticos.

3. El tratamiento mediante sales de litio, pero éstas sólo para las psicosis maníaco depresivas.

Luego tenemos los consejos psicoprofilácticos que creemos conveniente apuntar, para prevenir y como consecuencia disminuir la incidencia de estos trastornos; y entre estos consejos están:

— Mejora global de las condiciones de maternidad.

— Preparación médico-psicológica ante el parto, para así disminuir el temor al parto.

— Preparación médico-psicológica para la maternidad.

— Planificación de los nacimientos.

— Preparación al parto sin dolor en mujeres ansiosas y muy sensibles al dolor.

— Disminución en la medida de lo posible de las circunstancias de stress para la mujer durante esta etapa de la vida.

— Contacto precoz en el paritorio de madre e hijo.

— Psicoterapia tranquilizadora orientada a hacer confiar a la madre en su capacidad maternal, sobre todo en el caso de las primíparas.

— Psicoterapia de orientación de la pareja de cara a prevenir "fantasías y frustraciones" en torno al futuro del niño, y lograr un acuerdo y concordia en cuanto a las expectativas planteadas por ambos cónyuges.

El tiempo aparentemente perdido en educación sanitaria fructifica al cabo de los años en el incremento de la salud mental, individual y comunitaria.

Conclusión

Uno de los primeros artículos en la psicología del embarazo señaló que en la obstetricia moderna que ha podido superar la mayor parte de los peligros físicos del nacimiento, con mucho, había dejado atrás a los progresos en el aspecto psicológico. Desde el punto de vista psicológico, la procreación para muchas mujeres jóvenes sigue siendo una experiencia de gran impacto y tensión, que hace que surjan viejas ansiedades arcaicas, que escapan a los avances de las técnicas médicas actuales.

Más allá de los conflictos neuróticos corrientes, existen temores muy profundos y primitivos enraizados en el substrato biológico y biopsicológico anteriores a la influencia cultural, que pudieran no estar en su dominio. Los cambios culturales que en la superficie parecen sucederse con rapidez, pueden tomar mucho tiempo, incluso generaciones para cambiar sus rasgos biopsicológicos si es que lo pueden hacer.

La obstetricia moderna aventajaría que se percatara de esta discrepancia. En lugar de enfocarse exclusivamente en el tratamiento fisiológico, es esencial que un medio obstétrico adecuado incluyan el conocimiento presente y la atención de las aptitudes psicológicas prevalentes y las expectativas de la mujer embarazada. En forma óptima la paciente debe sentir que el obstetra la acepta como persona con su propia individualidad de ideas sobre el embarazo y la maternidad. La atmósfera prenatal debe estimularla a expresar sus aprensiones y curiosi-

dades naturales sobre el embarazo y procreación, y proporcionar la orientación y formación específica. Más que eso, para que la mujer embarazada se sienta cómoda y cada vez en comunicación más directa con el personal obstétrico, necesita exteriorizar sus sentimientos, preocupaciones y ansiedades de naturaleza realista o neurótica, y hacer más expedita la comunicación, lo cual dará al obstetra la posibilidad de tratarlas en forma individual, o en algunas circunstancias en grupos.

Dicha perspectiva debe sustituir la aptitud habitual de poca información; por la de que el embarazo debe ser un período de relación psicológica y de ventura. La idealización irreal del embarazo por parte de las figuras médicas que conllevan cierta autoridad, pueden influir en la mujer para suprimir, negar o usar otros métodos, para rechazar o esconder sus temores.

Ello solamente se sumará a la crisis del embarazo y puerperio, y desplazará la balanza hacia una experiencia traumática, en vez de satisfactoria. Sin embargo, si el personal obstétrico y la mujer conservan una aptitud realista hacia el embarazo y establecen una relación sana que facilite la comunicación y la confianza de modo que la futura madre se sienta apoyada y protegida en todas las fases del embarazo y del parto,

es muy posible que supere en forma normal la crisis del embarazo y puerperio.

En estos casos cabe esperar que cuando la resolución sea realmente pragmática y la mujer haya obtenido mayor madurez su futuro será más favorable, no sólo en cuanto a su hijo y ella, sino también para su esposo y toda su familia.

Bibliografía

- Toledano C., "Accidentes Neuropasiquiátricos y trastornos psicopatológicos del puerperio". Enc. Med. Quirúrgico 1981 (París). Vol. Obstetricia 5.046 a 10,1-1981.
- Recamier P. C. et coll, "La madre y el niño en la psicosis post-parto" evol psiq. 1951 (525-570).
- Richard L. Vanderbech, "Depresión puerperal". Clínicas obstétricas y Ginecológicas, vol. 4-1980.
- Enri Ey - P. Bernard - Ch. Brusset. Tratado de Psiquiatría Toray - Masson. Capítulo IV "Psicosis puerperales", págs. 742-754.
- V. Conde López y J.A. de Santiago Juárez. "Embarazo, Parto y Depresión". En: Repercusiones de la Depresión. págs. 95-108. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1983.

esfinge



galería de arte y diseño

Todas las obras del autor de la figura de la portada de este n.º "LA PATERNIDAD" se pueden ver o adquirir en las siguientes tiendas:

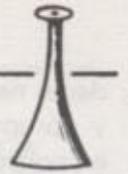
Serrano, 88. Multicentro. Tel. 275 50 32. Madrid-6

Orense, 6. Multicentro. Tel. 456 41 75. Madrid-20

C. Comercial La Vaguada, 1.ª Planta, Local A-19. Tel. 730 45 77. Madrid-29

8, Rue Kléberg. Galerie des Bergues. Tel. 32 63 33. 1201 Genève

Taller-Estudio. Tel. 433 05 61



Parto natural

Complicaciones materno-fetales

A.M. de la RIVA

M. SCHAPIRA

J. NIETO

R. MARCOS

CENTRO NACER

Balmes, 372, 1.º 2.ª

BARCELONA-22

Desde hace años fué nuestro objetivo el procurar que las mujeres que tenían que parir, que dar nacimiento a su hijo, lo hicieran, si querían, participando activamente del nacimiento de su hijo, pues estaban demostrados la gran cantidad de beneficios que esto reportaba.

Al mismo tiempo se trataba de buscar la aplicación de una tecnología que sin disminuir la conciencia disminuyera o hiciera desaparecer el sufrimiento derivado de los "dolores" del parto.

La aplicación de estas tecnologías hace años que ya se demostraban como beneficiosas y en las Reuniones Internacionales de Obstetricia se problemaba la necesidad de su aplicación para favorecer el desarrollo de todo el grupo familiar.

Cuando hace 5 años nuestro grupo de trabajo del CENTRO NACER, de Barcelona, se planteaba cómo abordar y desarrollar una sistemática para la preparación y asistencia a este tipo de partos; en primer lugar hacia un repaso a las escuelas establecidas y metodología descritas para luego elaborar unas bases con las que iniciar el trabajo.

Quizá antes de describirlas valga la pena decir que nuestro equipo era y es un equipo multidisciplinario y decir también que cuando hablamos de "Nacimiento" nos referimos a todo lo que es y tiene que ver con el nacimiento de un niño, es decir, desde la concepción hasta su educación posterior.

Las bases elaboradas entonces y su desarrollo eran las siguientes:

1. Preparación psico-física prenatal, para la cual adoptábamos la Psicoprofilaxis Obstétrica (Vellay).

2. Amortiguación de la agresión para la madre (Adopción de la postura más cómoda).

3. Amortiguación de la agresión para el recién nacido.

4. Adopción de la Interacción precoz del grupo familiar (Caldeyro. TOKYO 1979).

5. Participación del padre en el embarazo y parto.

6. Aprovechamiento de todos los recursos fisiológicos en el embarazo y parto.

Aplicada esta tecnología los resultados que obteníamos eran los siguientes:

Teniendo un índice de riesgo elevado (valoración según OMS) del 3,7%, obteníamos un 70% de partos naturales, de todos los partos asistidos, y el 81,3% de partos naturales cuando considerábamos solo a los Eutócicos.

La evolución posterior del equipo nos llevó a pequeños ajustes en el planteamiento que en el inicio del año 82 se concretaban de la siguiente manera:

En primer lugar la consideración del parto como un hecho:

- Biológico.
- Psicológico.
- Socio-cultural.

y los ajustes tenían necesariamente que contemplar estos tres niveles.

En primer lugar se marcaban unos **objetivos** que tenían que intentar conseguirse y estos eran los siguientes:

1. Evolución natural del embarazo, parto y puerperio.

2. Amortiguación de la agresión al grupo familiar.

3. Conseguir una efectiva interacción precoz del grupo familiar.

4. Procurar la participación del padre en el "nacimiento".

5. Conseguir una mayor duración de la lactancia.

Desarrollemos un poco más estos puntos.

1. EVOLUCION NATURAL

A) Aprovechamiento de todos los recursos fisiológicos. Aplicando:

- a) Dietética de la embarazada.
- b) Postura más cómoda.
- c) Lactancia precoz. Prolongación de la lactancia. Lactancia a demanda.

B) Asistencia técnica espectante. Intervención sólo para resolver complicaciones.

2. AMORTIGUACION DE LA AGRESION AL GRUPO FAMILIAR

A LA MADRE.— Aconsejando la adopción de la postura más cómoda. Disminuyendo los dolores del parto (P.P.O.). Haciendo participante y protagonista del parto y favoreciendo la interacción precoz.

AL RECIEN NACIDO.— Amortiguación de la agresión física que suele ser habitual en el parto (luz, ruido, estimulación) y favoreciendo la interacción precoz.

AL PADRE.— Potenciando su participación en el nacimiento. Participando en la interacción precoz del grupo familiar.

3. INTERACCION PRECOZ DEL GRUPO FAMILIAR

Procurando una activa interacción precoz de todo el grupo familiar, que realmente los tres componentes del grupo entren en interacción inmediatamente después del parto.

4. PARTICIPACION DEL PADRE EN EL NACIMIENTO.

Era y es uno de nuestros empeños. El padre es el marginado histórico en el parto. Intentar adaptarse a las corrientes más actuales que hablan de la necesidad de la participación del padre.

5. MAYOR DURACION DE LA LACTANCIA-LACTANCIA A DEMANDA

Se trata nada más que ponerse al día en lactancia natural.

La obtención de estos objetivos necesariamente tendría que pasar por unos caminos para adecuar la preparación a lo que pretendíamos conseguir.

Estos caminos serían los siguientes:

1. Preparación Psico-Física prenatal por un equipo interdisciplinario.

En la que tendrán necesariamente que estar presentes las ciencias Sociales o Psico-Sociales y se contará con la aparición ante-natal

de la Pediatría-Puericultura.

2. Asistencia técnica de nivel elevado y espectante.

Cada miembro del equipo necesariamente debería tener un nivel elevado para adecuarse a l tipo de preparación que se preconiza y la asistencia obstétrica debería ser fundamentalmente espectante pero **Vigilante**.

3. Evaluación y pronóstico prenatal.

Las reuniones del equipo y las evaluaciones de las embarazadas, dispondrán a las personas que han de asistir al parto.

4. Profilaxis de las complicaciones.

El que las embarazadas conozcan la existencia de complicaciones y su alcance y significado será beneficioso para cuando estas aparezcan.

La aplicación de esta metodología nos ha dado los siguientes resultados. Precisamente en el análisis de estos resultados es en donde una metodología que arranca y se fundamenta en la Psicoprofilaxis Obstétrica es en donde se puede ver el papel de PROTECCION MATERNO INFANTIL de esta.

RESULTADOS (1)

El análisis de las complicaciones maternas en el parto y puerperio inmediato, y fetales en el período perinatal y cuando analizamos sólo los partos naturales nos resulta una **ausencia** de complicaciones (m= 310, m = 210).

La aplicación de una conducta espectante determinó una disminución de los días de estancia en clínica, cuando se comparan con mujeres que no habían sido preparadas.

La comparación de estos dos mismos grupos en lo que respecta a los días de lactancia también daba una mayor persistencia de las mujeres preparadas en el tercer mes post-parto.

Las madres y los padres comunicaron un sentimiento de "Paternidad" más pleno.

Las depresiones post-parto de las mujeres preparadas eran menos frecuentes y cuando existieron fueron menos intensas.

Para terminar analizaremos los resultados en relación al Parto Natural.

(Análisis de un m= 210 y 1982 y 1983)

— Partos eutócicos, 83,33%

— Partos distócicos, 16,66%

— Partos naturales, 58,57%

Partos naturales

58,57% de todos los partos.

70,28% de los partos eutócicos.

CENTRO NACER

BALMES 372-374 08022 - BARCELONA



OBJETIVOS - 1982

- EVOLUCION NATURAL DEL EMBARAZO, PARTO Y POST-PARTO
- AMORTIGUACION DE LA AGRESION AL GRUPO FAMILIAR
- INTERACCION PRECOZ DEL GRUPO FAMILIAR (OSSTERLUND 1978, KLAUS Y KENELL 1972)
- PARTICIPACION DEL PADRE EN EL EMBARAZO, PARTO Y POST-PARTO
- MAYOR DURACION DE LA LACTANCIA. LACTANCIA A DEMANDA

OBJETIVOS (3)

2 AMORTIGUACION DE LA AGRESION

- MADRE
 - MAYOR CONFORT INTRAPARTO (POSTURA MAS COMODA)
 - AMORTIGUACION DE LOS DOLORES DEL PARTO
 - PARTICIPACION Y PROTAGONISMO DEL PARTO
 - INTERACCION PRECOZ
- R.N.
 - AMORTIGUACION DE LA AGRESION FISICA (LUZ, RUIDOS, NO ESTIMULACION)
 - INTERACCION PRECOZ
- PADRE
 - PARTICIPACION DEL NACIMIENTO
 - INTERACCION PRECOZ

OBJETIVOS (2)

1 EVOLUCION NATURAL

- APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS FISIOLÓGICOS
 - ALIMENTACION ADECUADA (EMBARAZO Y LACTANCIA)
 - POSTURA MAS COMODA (MENDEZ BAUER 1980)
 - LACTANCIA PRECOZ. PROLONGACION DE LA LACTANCIA
- ASISTENCIA TECNICA ESPECTANTE
- INTERVENCION SOLO PARA TRATAR COMPLICACIONES

CAMINOS

- PREPARACION PSICO-FISICA PRENATAL POR UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
- ASISTENCIA TECNICA DE NIVEL ELEVADO Y ESPECTANTE
- EVALUACION Y PRONOSTICO PRENATAL
- PROFILAXIS DE LAS COMPLICACIONES

RESULTADOS (1)

- AUSENCIA DE COMPLICACIONES MATEERNAS (HEMORRAGIA, SEPSIS)
- AUSENCIA DE COMPLICACIONES FETALES (DEPRESIONES PERI-NEONATAL)
- DISMINUCION DE LOS DIAS DE ESTANCIA EN CLINICA
- AUMENTO DE LOS DIAS DE LACTANCIA
- ALCANCE DE UN SENTIMIENTO DE MATERNIDAD/PATERNIDAD MAS PLENO (KLAUS Y KENELL 1978)
- DISMINUCION DEL NUMERO E INTENSIDAD DE LAS DEPRESIONES POST-PARTO

PARTO NATURAL - RESULTADOS - VALORACION

- ADOPCION DE LA POSTURA MAS COMODA
- NO APLICACION DE MEDICACION NI INSTRUMENTACION ALGUNA
- DESECADENAMIENTO Y EVOLUCION ESPONTANEA

Confederación Internacional de Matronas

Reunión del Consejo Internacional 1984

CONCLUSIONES DEL ULTIMO CONGRESO INTERNACIONAL EN SYDNEY (AUSTRALIA) SEPTIEMBRE 1984

INTERNACIONALES

1. Propuestas por la Junta Directiva.

La Confederación Internacional de Parteras reconoce:

El derecho de todos los bebés a que se les dé el pecho por lo menos durante sus primeros seis meses de vida, especialmente en aquellas regiones en el mundo en las que existe desnutrición, insalubridad y gran mortalidad.

El derecho de todas las madres a recibir el nivel adecuado de consejos, ayuda, aliento y educación para dar el pecho satisfactoriamente.

El derecho de todas las familias a recibir información adecuada sobre todos los aspectos del dar el pecho.

El papel único y vital de la partera en la promoción del dar el pecho; y por lo mismo hace un llamado a todas las partes del mundo a que:

Hagan lo posible para que exista la oportunidad de dar el pecho a los bebés recién nacidos todo el tiempo que necesiten lo antes posible después de su nacimiento, y luego cada vez que la madre y/o el bebé lo deseen; Intervengan para que los hospitales se esfuercen para evitar que los bebés enfermos o prematuros se vean privados de la leche de su madre; Informen adecuadamente a los gobiernos nacio-

nales de la necesidad de promover la práctica de dar el pecho como el mejor modo de nutrir a los bebés, evitar las enfermedades y muerte de los recién nacidos, formar un fuerte vínculo emotivo entre la madre y el bebé, y espaciar los nacimientos;

Exhorten a los gobiernos nacionales a que proporcionen instalaciones adecuadas para las madres trabajadoras para que puedan dar el pecho, así como en todo lugar público, con remuneración monetaria adecuada para las madres que prefieran no trabajar mientras dan el pecho, por lo menos durante los seis primeros meses de vida del bebé;

Apoyen a las enfermeras, doctores y otros profesionales de la salud que promuevan el valor del dar el pecho y el papel de la partera en este terreno;

Se mantengan al corriente de los conocimientos referentes al dar el pecho, en todos sus aspectos, con regularidad;

Instruyan a las estudiantes de partería dentro de un currículum aprobado, el arte y la práctica del dar el pecho, así como los componentes científicos de la lactancia y la nutrición infantil;

Cooperen con las maestras de las comadronas tradicionales, asegurándose de que entiendan la práctica de dar el pecho, y ayuden proporcio-

nando información que aumente sus conocimientos, dando así oportunidad a que las mujeres a su cargo puedan dar el pecho satisfactoriamente.

Más aún, la Confederación Internacional de Parteras

Comparte los sentimientos expresados por la UNICEF respecto al estado de los niños del mundo, según lo indica su informe de fecha 1984 con este nombre.

Apoyar sin resevas a la UNICEF en sus esfuerzos por promover el dar el pecho en todo el mundo.

Apoya sin reservas las técnicas identificadas por la UNICEF para ocasionar una revolución para la supervivencia de los niños del mundo, control del crecimiento, terapia de rehidratación oral, dar el pecho e inmunización.

Hace un llamado a todas las parteras del mundo a que promuevan activamente estas técnicas y, en particular, a que cooperen y colaboren con la UNICEF para que su labor de salvar vidas infantiles sea más efectiva.

2. Propuesta por la Asociación Nacional de Parteras de Australia; apoyada por la Asociación de Parteras de Hong Kong.

Que la Confederación Internacional de Parteras apoye la resolución 36.II de la OMS, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud, intitulada "El papel de las enfermeras y parteras en la estrategia de la salud para todos", y en especial el párrafo 3, que hace un llamado a "las organizaciones internacionales de enfermeras y parteras a que movilicen los recursos necesarios para apoyar a las organizaciones nacionales para que puedan asumir mejor la responsabilidad común con los gobiernos nacionales para la promoción de los servicios de enfermería y partería como componente integral de todas las estrategias para la salud".

3. Propuesta por el Colegio Real de Parteras, Reino Unido, apoyada por la Asociación de Parteras Suizas.

Que el consejo de ICM:

Apoyando el objetivo de la OMS de salud para todos para el año 2000.

Reconociendo el papel vital de las parteras al cuidar de las madres y sus familias.

Reconociendo el papel importante que tienen las parteras en la educación para la salud.

Exhorta a todas las organizaciones de la ICM

a que asuman su responsabilidad común con los gobiernos nacionales par promover servicios efectivos de maternidad y de cuidado infantil, como parte integral de todas las estrategias para la salud nacional.

Hace un llamado a todas las organizaciones afiliadas a que utilicen su influencia para apoyar los programas locales de capacitación sobre maternidad y educación para la salud.

Hace un llamado a que cada organización presente un informe sobre su progreso en la próxima reunión del consejo de ICM en 1987.

4. Propuesta por la Asociación de Parteras de Noruega.

Que cada partera afiliada a ICM:

Apoyando la estrategia de la OMS de salud para todos para el año 2000.

Trabjará activamente en apoyo de toda labor encaminada a proporcionar ayuda profesional para las mujeres embarazadas y parturientas.

5. Propuesta por la Unión Nacional de Sindicatos de Parteras de Francia.

Que la partería es una profesión en sí, independiente y autónoma en su educación y práctica, y distinta de la enfermería o de otras profesiones.

6. Propuesta por la Asociación Nacional de Parteras de Australia; apoyada por la Asociación de Parteras de Hong Kong.

Que la Confederación Internacional de Parteras afirme que:

"Cuando se efectúen decisiones políticas por parte de organizaciones y gobiernos que afecten la práctica y/o educación de las parteras, estará presente una partera de alto calibre que esté dedicada a la práctica o educación de la profesión, o bien se consultará a la asociación de parteras a nivel nacional o local correspondiente."

PROFESIONALES

7. Propuesta por la Asociación Nacional de Parteras de Australia; apoyada por la Asociación de Parteras de Hong Kong.

Que la Confederación Internacional de Parteras apoye el principio de que solamente parteras deberán encargarse de la administración de la práctica de partería a nivel medio y alto.

8. Propuesta por la Asociación de Enfermeras

del Japón; apoyada por la Asociación de Parteras de Sarawak.

Que la Confederación Internacional de Parteras exhorte a sus miembros a que procuren una mejor supervisión de la salud, especialmente en lo que respecta a la preparación de las embarazadas sobre el parto y la crianza subsecuente, así como la preparación de programas de capacitación para la salud infantil para las madres.

10. Propuesta por Dorothea Lang, representante regional de las Américas.

Que la Confederación Internacional de Parteras apoye los niveles de educación y práctica de partería que se han establecido bajo las Directivas de las Parteras de la Comunidad Económica Europea.

REGIONALES

11. Propuesta por el Colegio Real de Parteras del Reino Unido.

Que cada región de ICM identifique y lleve a cabo actividades adecuadas en los tres años anteriores a la próxima reunión del consejo, y que se presenten informes sobre su progreso por parte de las representantes regionales a cada organización en la región y a las reuniones siguientes del comité ejecutivo y el consejo internacional.

12. Propuesta por la Asociación Nacional de Parteras de Australia; apoyada por la Asociación de Parteras de Hong Kong.

Que cada región de ICM prepare un calendario de actividades para su presentación a intervalos regulares ante ICM, o cada vez que se solicite.

13. Propuesta por la Asociación de Parteras de Israel.

Que se circule semestralmente un boletín informativo a cada asociación afiliada.

14. Propuesta por la Organización Nacional de Sindicatos de Parteras de Francia.

Que exista un intercambio de informes de actividades entre los países de cada región.

OTROS ASUNTOS

15. Propuesta por la Asociación de Parteras del Líbano.

Que ICM produzca un boletín con reportes científicos, informes de congresos, reuniones locales e información general sobre la partería en todos los países miembros de ICM, y

Que este boletín se produzca en francés, castellano e inglés.

16. Propuesta por la Asociación de Parteras del Líbano.

Que todas las sesiones de los congresos de ICM se traduzcan al francés.

17. Propuesta por la Asociación de Parteras del Líbano.

Que toda la correspondencia de ICM sea en francés.

18. Propuesta por la Asociación de Parteras de Suiza.

Que los congresos internacionales después de 1987 sean cada cuatro años, lo cual permitirá más tiempo para actividades regionales.

ENMIENDAS A LA CONSTITUCION (Véase el párrafo 44 de la Constitución)

19. Asunto propuesto por la Asociación Nacional de Parteras de Australia (NMA); apoyado por la Asociación de Parteras de Hong Kong (HK).

Véase el párrafo 5(i) de la constitución

Crear una categoría de miembro asociado para parteras individuales por razones económicas, sociales o políticas no puedan obtener afiliación a ICM de una asociación nacional de su país.

20. Asunto propuesto por la Junta directiva.

Véase el párrafo 6 de la constitución

Ofrecer afiliación asociada a aquellas asociaciones de parteras que están en el proceso de obtener reconocimiento de su gobierno. Este vínculo con ICM puede ayudar a tal asociación en su labor hacia un reconocimiento legal en su país. Tal asociación podría pagar una tasa fija de afiliación asociada y se le podría incluir en la lista de correspondencia de ICM y otras actividades; no tendría derecho a voto pero sí podría tomar la palabra durante reuniones de negocios. Su estado asociado podría revisarse a intervalos de tres años, o un período similar.

21. Propuesta por NMA; apoyada por HK.

Véase el párrafo 16(ii) de la constitución

Eliminar las palabras "junta directiva" y sustituir por "comité ejecutivo".

22. Propuesta por NMA; apoyada por HK.

Véase el párrafo 18(v) de la constitución

Eliminar el párrafo (v) y sustituir en su lugar, "Aprobar un plan de tres años que cubra el ingreso y egreso proyectado de la confederación entre reuniones del consejo, presentado por la junta directiva".

23. Propuesta por NMA; apoyada por HK.

Véase el párrafo 23 de la constitución

Eliminar todo el párrafo y sustituir en su lugar, 23 (i) "El comité ejecutivo se reunirá durante los congresos y por lo menos una vez entre congresos";

23 (ii) "La junta directiva podrá convocar una reunión especial del comité ejecutivo en cualquier momento para considerar un asunto urgente".

24. Propuesta por NMA; apoyada por HK.

Véase el párrafo 25(ii) de la constitución

Cambiar (a) por (b)

Cambiar (b) por (c)

Insertar un nuevo (a):

"examinar las acciones de la junta directiva y ratificar las que considere apropiadas".

25. Propuesta por NMA; apoyada por HK.

Véase el párrafo 27 de la constitución

Eliminar las palabras "junta directiva" en este párrafo y en todos los demás sitios donde aparezca y sustituirlas por "comité ejecutivo".

26. Propuesta por NMA; apoyada por HK.

Véase el párrafo 27 de la constitución

Agregar un nuevo (iv) "la presidenta".

27. Propuesta por NMA; apoyada por HK.

Véase el párrafo 28(i) de la constitución

Agregar las palabras "y la cláusula 25(ii) tras las palabras "cláusula 13", (es decir, la cláusula 25(ii) enmendada tal como lo propone NMA, en la propuesta 24).

28. Propuesta por NMA; apoyada por HK.

Véase el párrafo 28(ii)d de la constitución

Agregar las palabras "sujeto a consulta con la presidenta" tras la palabra "Secretaría".

29. Propuesta por NMA; apoyada por HK.

Véase el párrafo 29 de la constitución

Agregar un nuevo (vi)

"Presentar ante reunión del comité ejecutivo un informe completo por escrito de las actividades y asuntos de la confederación a la fecha, con planes para años futuros".

30. Propuesta por NMA; apoyada por HK.

Véase el párrafo 29 de la constitución

Agregar un nuevo (vii)

"Distribuir anualmente a todas las asociaciones afiliadas un informe escrito de las actividades realizadas a nombre de la confederación".

31. Propuesta por NMA; apoyada por HK.

Eliminar las palabras "por lo menos cuatro veces cada año entre Congresos y en cualesquier otras ocasiones que la Junta misma o la Secretaría de Administración lo requieran" y agregar en su lugar las palabras "por lo menos dos veces en cada año entre congresos".





Deseamos para ti:

Paz, Amor, Justicia, Felicidad

**Y QUE SE CUMPLAN TODOS TUS SUEÑOS
PARA **1985****

LA ASOCIACION NACIONAL DE MATRONAS



¡ BIENVENIDA SEVILLA !

Sevilla que personifica de alguna manera la semblanza más universal del espíritu español por la variedad de su riqueza artística, por su historia y la gracia de sus habitantes, ya está aquí, en Madrid en la Asociación Nacional de Matronas.

Pocas ciudades tienen la suerte de reunir "tanto bueno". La Giralda, el Alcazar, la Catedral... Es un concierto de color y gracia.

La personalidad de Sevilla acumula figuras y hechos universales: "D. Juan Tenorio", la "Carme de Merimée", el "Barbero" de Rossini, junto

con los grandes del flamenco, Antonio y Mariena.

Si se añade el encanto de sus noches, las rejas con flores, los ojos encendidos de sus mujeres, la estampa de sus procesiones y ese río Guadalquivir "río grande de los árabes"... No en vano Ortega y Gasset la llamó "ciudad de los reflejos".

Y que decir del baile. Esa danza típica por excelencia que a los de Despeñaperros para arriba nos deja boquiabiertos. Los brazos expresivos, los pies ligeros; recato y punto de pimienta en cada movimiento; flexibilidad, lenta en la cintura, ágil el paso... Y ese giro garboso, mezcla de ingenuo y malicioso, insinuante al mismo tiempo que huidizo.

Y el carte muy sugerente e intencionado. Son las sevillanas corraleras, las más populares, nacidas en Triana, la Macarena, San Bernardo y la Alameda.

A los manchegos nos parece imposible que esa maravilla de baile haya podido nacer de unas seguidillas de nuestra tierra de D. Quijote.

¡Matronas sevillanas!, os damos la bienvenida desde ésta vuestra revista.

M.^a Angeles R. Rozalén

CIRCULAR DEL INSALUD ENVIADA A LOS EQUIPOS TOCOLOGICOS DE TODA ESPAÑA, EXCEPTO CATALUÑA Y ANDALUCIA (por tener ya hechas las transferencias en Sanidad)

ASUNTO: Matronas de Equipos Tocológicos de Instituciones Abiertas, Matronas de Equipos Tocológicos que no actúen en Instituciones de la Seguridad Social y Matronas que actúan en Servicios Sanitarios Locales.

AMBITO: Servicios Centrales y Direcciones Provinciales del INSALUD.

ORIGEN: Subdirección General de Atención Primaria y Medicina Laboral.

El Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliares de Clínica de la Seguridad Social del 26 de Abril de 1973, en los artículos 51, 52, 65, 66, 68 y 69 establece la dedicación horaria y las funciones y actividades de las Matronas que prestan servicios a los beneficiarios de la Seguridad Social, excepto en Institución cerrada. Por otro lado, el Reglamento de Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social del 7 de Julio de 1982, en los artículos 9, 10, 13, 97, 118 y 125, establece las funciones y la coordinación de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, así como la dedicación horaria del personal médico en la consulta.

De acuerdo con la expresada legislación y ante la necesidad de prestar una atención integral a la mujer en edad fértil, así como al recién nacido, conforme ha sido potenciado por la creación de Centros de Orientación Familiar (Convenio Ministerio-INSALUD 27-10-83), esta Dirección General haciendo uso de las facultades que posee conferidas, ha resuelto establecer las siguientes

INSTRUCCIONES

1. FUNCIONES DE LAS MATRONAS.

1.1. Todas las Matronas de la Seguridad Social deberán realizar cuantas funciones se señalan para las mismas en el Estatuto de 26-4-73 y en especial las actividades de:

a) Educación sanitaria en las áreas de psicoprofilaxis obstétrica, educación maternal y orientación familiar tanto a grupos como individualmente.

b) Colaboración en la consulta tocológica y visitas domiciliarias para la captación, control y seguimiento de la mujer embarazada, puerpera y recién nacido.

c) Coordinación y colaboración con otros miembros del equipo e Instituciones Sanitarias para el mejor cumplimiento de las actividades arriba mencionadas.

1.2. Estas actividades se realizarán, de forma sistemática y planificada, tanto en los Centros donde se presta asistencia como en el domicilio. En los Equipos Tocológicos con dos Matronas estas actividades se realizarán de forma rotatoria.

1.3. En el Centro donde se presta la asistencia, la Matrona:

a) Colaborará con el Tocólogo prestando una atención integral a la embarazada mediante actividades asistenciales, preventivas y educadoras, teniendo en cuenta las necesidades físicas, psíquicas y sociales.

b) Impartirá educación sanitaria, preferentemente en lugar próximo a la consulta, a grupos en las áreas de:

- Psicoprofilaxis Obstétrica.
- Educación maternal.
- Orientación Familiar.

c) Realizará actividades de coordinación y colaboración con otros miembros del equipo a través de reuniones periódicas, registro de las actividades realizadas y recepción de informe, altas y bajas.

1.4. La Matrona visitará —comunicándose previamente—, a toda puerpera y recién nacido como mínimo una vez dentro del período comprendido entre el alta hospitalaria o parto en el domicilio, y los diez días siguientes, debiendo valorar la necesidad de visitas posteriores.

1.5. En todas las visitas domiciliarias, ya sean para el control del embarazo o el puerperio, la matrona constatará en la ficha-tarjeta la fecha de la visita y el resultado de la misma para su posterior registro en la historia.

1.6. En la visita puerperal la Matrona realizará:

a) Educación Sanitaria a la madre y familiar para la adecuada recuperación de madre y cuidado al recién nacido.

- b) Reconocimiento del estado físico de la puerpera:
 - Toma de constantes vitales.
 - Control de la involución uterino, loquios, episiotomía y aseo genital.
- c) Valorará la relación madre e hijo y el ambiente físico y familiar, detectando los posibles riesgos para la salud de la madre y el niño.
- d) Prestará apoyo psicológico ante posible depresión post-parto.
- e) Realizará el reconocimiento físico del recién nacido (hidratación, alimentación, reposo, estado del cordón umbilical, nivel de desarrollo psicomotriz, etc.).
- f) Orientará e informará a la madre y familia sobre la importancia del control post-parto, control del recién nacido y la prevención de enfermedades y accidentes.
- g) Preparará y estimulará a la madre en la lactancia materna y el cuidado de las mamas valorando las necesidades nutricionales de la madre y el recién nacido.
- h) Remitirá al recién nacido a los quince días de su nacimiento, a la consulta pediátrica correspondiente.

2. DEDICACIONES HORARIAS

2.1. Las Matronas de los Equipos Tocológicos de las Instituciones Sanitarias Abiertas de la Seguridad Social realizarán guardias en los Centros Hospitalarios al que estén adscritas (Departamento Materno-Infantil) no superándose las 12 horas semanales. Las guardias no excederán de 7 horas diarias, si bien el horario se ajustará a las necesidades de dicho Centro.

2.2. Las Direcciones Provinciales del INSALUD determinarán el Hospital al que las Matronas queden adscritas para el cumplimiento de las guardias.

2.3. Los turnos de guardia y la frecuencia de los mismos, serán establecidos de acuerdo con la planificación del servicio correspondiente, por las Jefaturas de Enfermería de la Institución Cerrada y las Jefes de Enfermeras de las Sectoriales que dependan de cada Centro.

2.4. Cada Matrona rotará entre la asistencia que prestan en los Centros, en los domicilios y la realización de los turnos de guardia en la Institución Cerrada.

2.5. La jornada laboral no podrá exceder de 7 horas diarias, incluidas las guardias.

2.6. Para desarrollar las actividades indicadas en la instrucción primera y realizar las guardias hospitalarias, las Matronas de equipos tocológicos de las Instituciones Abiertas de la Seguridad Social, tendrán una dedicación no infe-

rior a 27 horas semanales (cómputo de las 12 horas de guardia semanales y las 2 horas y 30 minutos de consulta diaria, Art. 66 apartados 2 y 4 del Estatuto de Personal Auxiliar Sanitario).

A título indicativo, se adjuntan el cuadro 1 donde la distribución es de 5 horas de lunes a viernes y 2 horas el sábado, y el cuadro 2 donde la dedicación horaria es de 5 horas todos los días de la semana excepto el día de guardia que se dedican 7 horas, y el sábado que no tiene dedicación horaria.

3. SERVICIOS SANITARIOS LOCALES

Al personal comprendido en el artículo 47 punto 2 del Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica les será de aplicación las presentes normas en virtud de lo establecido en el artículo 49 de dicho Estatuto.

4. APLICACION NORMATIVA

4.1. Será competencia de la Dirección de la Sectorial a través de las Jefaturas de Enfermería de las Instituciones Sanitarias Abiertas, el cuidar que estas actividades y dedicaciones horarias se cumplan, así como prestar el apoyo y la colaboración necesaria.

4.2. Las Direcciones Provinciales del INSALUD, a través de los órganos competentes, crearán y/o adecuarán los sistemas de comunicación permanente entre las Instituciones Abiertas y Cerradas de la Seguridad Social sobre todo en lo referente a remisión de informes, notificaciones de altas y nacimientos y cumplimentación de las Cartillas Maternal e Infantil.

4.3. Las Direcciones Provinciales de este Instituto, adoptarán cuantas medidas sean precisas para la cumplimentación de las instrucciones de esta Circular, que entrará en vigor a partir de su recepción.

Madrid, 8 de Noviembre de 1984
EL DIRECTOR GENERAL,

EJEMPLO 1
DISTRIBUCION HORARIA DE LAS NUEVAS ACTIVIDADES DE MATRONA SIN GUARDIA HOSPITALARIA

HORA		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
1ª H.		Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
2ª H.		Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
3ª h.	1/2 H.	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	
	1/2 H.	Psicoprofilaxis	Psicoprofilaxis	Psicoprofilaxis	Psicoprofilaxis	Psicoprofilaxis	
4ª H.		Psicoprofilaxis	Psicoprofilaxis	Psicoprofilaxis	Psicoprofilaxis	Psicoprofilaxis	
5ª H.		Psicoprofilaxis	Psicoprofilaxis	Forma continuada Act. coordinación	Psicoprofilaxis	Psicoprofilaxis	
1ª H.		Educación Salud Grupos	Educación Salud Grupos	Educación Salud Grupos	Educación Salud Grupos	Educación Salud Grupos	
2ª H.		Educación Salud Grupos	Educación Salud Grupos	Educación Salud Grupos	Educación Salud Grupos	Educación Salud Grupos	
3ª H.	1/2 H.	Ed. Salud Grupos	Ed. Salud Grupos	Ed. Salud Grupos	Ed. Salud Grupos	Ed. Salud Grupos	
	1/2 H.	Visita domicilio	Visita domicilio	Visita domicilio	Visita domicilio	Visita domicilio	
4ª H.		Visita domicilio	Visita domicilio	Visita domicilio	Visita domicilio	Visita domicilio	
5ª H.		Visita domicilio	Visita domicilio	Form. continuada Act. coordinación	Visita domicilio	Visita domicilio	

EJEMPLO 2

DISTRIBUCION HORARIA DE LAS NUEVAS ACTIVIDADES DE MATRONA CON GUARDIA HOSPITALARIA

MATRONA 1		MATRONA 2											
HORA		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO	
1ª H.		Consulta		Consulta		Consulta		Guardia Hosp.		Consulta		Consulta	
2ª H.		Consulta		Consulta		Consulta		Guardia Hosp.		Consulta		Consulta	
3ª H.		Consulta		Consulta		Consulta		Guardia Hosp.		Consulta			
H. 1/2 H.		Psicoprofilaxis		Visita domic.		Psicoprofilaxis		Guardia Hosp.		Psicoprofilaxis			
4ª H.		Psicoprofilaxis		Visita domic.		Psicoprofilaxis		Guardia Hosp.		Psicoprofilaxis			
5ª H.		Psicoprofilaxis		Visita domic.		Form. continuada Act. coordinación		Guardia Hosp.		Psicoprofilaxis			
1ª H.		Ed. Salud Grupos		Guardia Hosp.		Ed. Salud Grupos		Consulta		Ed. Salud Grupos			
2ª H.		Ed. Salud Grupos		Guardia Hosp.		Ed. Salud Grupos		Consulta		Ed. Salud Grupos			
3ª H.		Ed. Salud Grupos		Guardia Hosp.		Ed. Salud Grupos		Consulta		Ed. Salud Grupos			
H. 1/2 H.		Visita domicilio		Guardia Hosp.		Visita domicilio		Visita domicilio		Visita domicilio			
4ª H.		Visita domicilio		Guardia Hosp.		Visita domicilio		Visita domicilio		Visita domicilio			
5ª H.		Visita domicilio		Guardia Hosp.		Form. continuada Act. coordinación		Visita domicilio		Visita domicilio			

ESTRELLAS

STAMBORESLEJANOSELMISCOROL
 OLASUEMEIJOREELSSPELICOLS
 LDEAPRACOOROBOROOPERONOSP
 MGPIPMCURYRISSSHHRMHOLEPEOL
 IRETAEELGRANCOMBATEMLELMM
 GORRLICECERROMARRNIIFNKRA
 ASOOOMRSLMSOROAMTEEUOIIION
 RRXPBSOLOANTEELPELIGROLIA
 YENEIASIASADEIRELGGKAGSLN
 AGUILANEGRAZUYOMZRUAARNLT
 COOZLMIMIYHTOSEIXEIESEBA
 CSSOQUACOSMSROLTLSX
 OCGUUMORIXTOABEC
 RAENIENZMERRASASO
 APGCECUIIPOAHTDO
 IRUIR-RBCLASKLSR
 SUIITCOEOCIRUGIEL
 ALSASEXS
 DLRONLSXOAPITUEO
 AETSOERI
 VOADLQUO
 REALUNHI
 EELSARGENTOYORKTRINOSIOLW
 NUVARRNOSTRICINOPMTSOSCEN
 KIASAMRASALASOIDAOAIMSNGE
 WOKEEISIPIRRMIOSTODONOINS
 ISECIAHORAYSIEMPRENCOBSDY
 LAMICRONSAADURRECETLOVLOSK
 LLOMISAPOAPEURPNARGALELOI
 CSUOSASIVANGEACNTREXPOBNR
 YOMRCGREPOOCYRAGFRUISTASE
 INTNENTRISLINEBLOSUPUEVDA



Localizar, entre las letras del recuadro, el nombre del actor, lugar de nacimiento y 16 películas por él protagonizadas.

numérico

1	2	11	13	7	12	4	9		14	11	7
2	8	2		5	7	13	2	9		2	9
8	4	13	4	12		2	6		5	1	7
6	12	2	9		8		2	9		4	9
11	5	6	7		2	12		7	5	12	
2	1			4	1		4	1	7		13
13	2	10	2	3	4	12	2	9		6	2
2	11	2		2	3	7	11	5	9		10
9	2	11	2	3	7	9		12	7	9	2
								R	O	S	A
	9	4	6	4	11	5	13	2	9		9
11		9	7	9	6	9	5	8	7	9	
7	9		11		2		7		9	5	6

A números iguales corresponden letras iguales. Todas las palabras se leen al derecho. Damos una palabra para facilitarlo.

CUATRO POR CUATRO

			7	8	9	10													
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

HORIZONTALES: 1. Letra, lecho. 2. En Pf. palo de la baraja. 3. Batracio. 4. Tonelada. Al rev. nombre de letra. 5. Nombre de mujer. 6. Presente del subjuntivo verbo ser. 7. Uno de los cuatro signos del Zodíaco aquí representados. Azufre. Otro de los cuatro signos del zodiaco. 8. Grandiosos. Bebida alcohólica. Al rev., cólera. 9. Radio. Consonante. Voz de mando. Punto cardinal. Podar. 10. Aúnan, confederan. Utensilios para cocinar. 11. Anillos. 12. En los coches de Portugal. Punto cardinal. 13. Siglas de Aviación Inglesa. 14. Al rev. tonto, lelo. 15. Séptimo Arte. 16. Interjección. Matrícula. 17. Diminutivo de nombre de mujer. 18. Punto cardinal. Preposición. 19. Rev. Rótulo latino de la Santa Cruz. 20. Mamíferos úrsidos.

VERTICALES: 1. Cierta fruta. 2. Símbolo químico del Indio. Cincuenta. 3. Diminutivo de nombre de mujer. 4. Cromo. Vocal. 5. Encargado de dirigir la oración entre los mahometanos. 6. Estar. 7. Seccionas, partes. Azufre. Otro de los signos del Zodíaco representados. 8. Labra. Plural de vocal. Voz de mando. Abedul, arraclar. Al rev., letras de Rosa. 9. Dinero, billete. Límite, término. Concavidad, hueco. 10. Tostada. Equipo, Ajuar. El último de los cuatro signos del Zodíaco representado. 11. Cobalto. Radio. 12. Pomada, grasa. 13. Vocal. Contracción. 14. Espaciada, dispersa. 15. Cóleras. 16. Escuchar.