



matronas hoy

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

MARZO - ABRIL 1985 N-11



"MATERNIDAD ARROPADA" 1983

Figura en bronce de Jose Luís Fernández

EDITORIAL

¡QUE ME QUEDE COMO ESTABA...!

A pesar de que el título sea de chiste, el tema que ocupe ésta editorial es muy serio, y me refiero concretamente a la Ley de Incompatibilidades.

Parto de la base de que las personas, no trabajan 14 horas al día por gusto, porque desgraciadamente el sistema proporciona pocas gratificaciones o estímulos en la mayoría de los trabajos que desempeñamos, en el marco sanitario. Las únicas incentivaciones son morales, ya que nuestro objeto de trabajo son personas. Pero en cualquier caso lo que está claro es que no tiene ningún encanto el ir "de aquí para allá" a ganarse la vida, y que a todos nos gustaría, dedicar nuestro esfuerzo, (porque trabajar en sanidad es esforzado), en un solo centro de trabajo por el bien de todos.

No se ha hecho todavía, la tan traída y llevada, "Reforma Sanitaria", y ya intentan "reformular al personal".

¡Señores gobernantes, seamos serios!

Desde los Reyes Católicos hasta Felipe González, pasando por Bravo Murillo en 1752, Maura en 1918, Suarez en 1982, se han redactado diferentes leyes de incompatibilidades que al parecer no se han podido aplicar por diferentes razones, unas por intereses corporativistas y otras porque carecían de la coherencia precisa para la situación que se supone iban a resolver.

Pues bien, ésta Ley es necesaria, en eso estamos de acuerdo, pero puede caer en desgracia como las anteriores, por muchas razones:

- ¿Han previsto los "señores gobernantes" la solución para resolver el caos que se puede ocasionar si todos los "incompatibles" cesamos el mismo día en el 2º. empleo? No.
- ¿Han previsto la solución para que las vacantes de aquellos especialistas que escasean las ocupe otro profesional cualificado? No.
- ¿Las vacantes que surjan las adjudicarán, por capacitación, antigüedad en el paro, o por carné? ¿¿...??
- ¿Han estudiado si se gratificará económicamente en el empleo por el que se opte, o se indemnizará en el que se cause baja definitiva forzosa, es decir en el que sea expropiado? No.

Recuerdo que con el intento de incompatibilizar en el 82, a los señores diputados se les asignaron 250.000 pesetas, aparte de otros privilegios, pero es posible que estos señores sean los únicos descendientes de D. Pelayo. Por eso los españoles de a pie, no tenemos derecho a nada.

Desde luego mientras que los gobernantes no contesten a esas cuatro preguntas, me temo que aunque nos va bastante mal, es mejor que nos dejen como estábamos.

M^a. Angeles Rodríguez Rozalén



matronas hoy

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

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
La matrona rural	4 a la 15
La relajación dinámica reflexiva de Caycedo, columna vertebral de la preparación sofrológica a la maternidad	16 y 17
¿Bebés probeta?	18
Rentabilidad de la educación materna	19 a la 24
Influencia del embarazo en el estado psicoafectivo del hombre .	26, 27, 28
Estudio de resultados obstétricos, comportamiento y cambios de actitud de la gestante hacia el parto, utilizando diferentes métodos de "entrenamiento sofrológico"	29 a la 33
XX Aniversario de la Maternidad "LA PAZ"	34
Los estatutos de la Confederación Internacional de Matronas ..	35, 36
Pasatiempos	37
Asesoría Jurídica	38



TROFOLASTIN

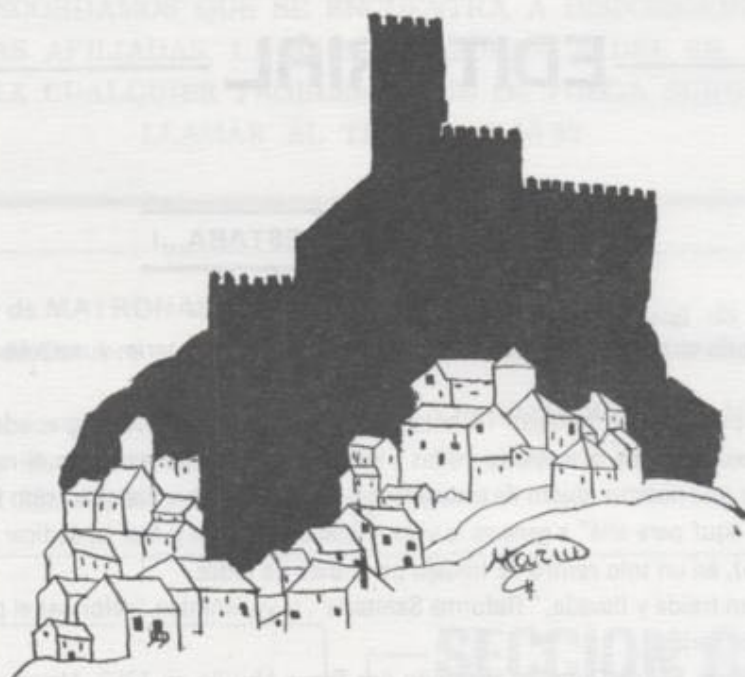
Composición:

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



LA MATRONA RURAL

POSIBILIDADES DE ACTUACION



INTRODUCCION

La profesión de matrona es una de las más antiguas de la historia de la humanidad. Siempre tuvo un gran prestigio en las antiguas civilizaciones como en Babilonia, en el pueblo hebreo, en el Egipto de los faraones, en Grecia, en el imperio de Roma, etc. Se sabe que hubo escuelas de parteras o comadronas en Saiz (Egipto), en Alejandría, en Roma y en Constantinopla; siendo a partir del siglo XIII cuando comienza una enseñanza más o menos ortodoxa de la profesión. En España los documentos más antiguos que hacen referencia datan de las Cortes de Valladolid de 1523, en que se habla oficialmente de la comadrona.

En 1513 se editó el primer libro para comadronas cuyo autor fue el alemán Eucario Roeslin titulado "El jardín de la rosa". Posteriormente en 1541 se editó el segundo libro del autor mallorquín Damian Carbón y titulado "Libro del arte de las comadres y del regimiento de las preñadas, paridas y de los niños".

Paso a paso las comadronas fueron adquiriendo un prestigio y un nivel profesional muy alto. En 1641 las Cortes de Massachussets otorgan a las comadronas el mismo prestigio que a los médicos y cirujanos. En 1797 fue nombrada la primera comadrona de la Maternidad de París en la persona de Marie LUISE La Chapelle.

Los actuales estudios de comadrona fueron regulados a través de las Reales Ordenes de 1868 y de 1904, y más recientemente por la Orden del B.O'E. de 1954 por la que debía accederse a través de los estudios de A.T.S. más un año de especialidad.

LA MATRONA EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

En la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria que se celebró en 1978 en Alma-Ata, la Organización Mundial de la Salud daba la siguiente definición: "La atención primaria de la salud es fundamentalmente la asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias

de la comunidad, por medios que sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar”.

Por otra parte el Art. 43 de la Constitución Española reconoce el derecho de todos los españoles a la protección de la salud. Por lo tanto el gobierno tiene la obligación de cuidar la salud de los ciudadanos adoptando las medidas sanitarias y sociales necesarias para dar a cada español “un estado de bienestar físico, mental y social” tal como define la O.M.S. el concepto de salud.

Por otra parte la declaración de Alma-Ata reconoce como punto esencial de atención primaria la Protección Materno-Infantil y la Planificación familiar. No cabe duda que la matrona puede y debe desempeñar un papel importantísimo en la atención primaria de salud en este punto concreto.

Pero, ¿de qué manera puede actuar una matrona rural? La respuesta no es fácil, puesto que carece de todo tipo de medios materiales y en la mayoría de los casos tiene una sensación de abandono y aislamiento que resulta difícil de superar. Sin embargo debe hacer todo lo posible y seguir adelante utilizando todos los recursos a su alcance. En primer lugar debe plantearse actuar de común acuerdo con los restantes sanitarios del municipio (médico, A.T.S., farmacéutico, etc.) y con las autoridades municipales (alcalde) que generalmente verán de buen agrado el interés que nos tomemos por mejorar la salud. En segundo lugar hay que marcarse unos objetivos concretos y dedicarnos plenamente a ellos. Naturalmente me refiero a municipios que carecen de Centros de Salud primaria, ya que en ese caso serían los integrantes del equipo de salud quienes marcaran los objetivos.

En mi opinión la matrona rural debe ejercer su acción a tres niveles distintos. Primero la labor puramente asistencial, desempeñada por todas las matronas, tratando de hacerla más humana y de mayor calidad profesional. En segundo lugar la matrona debe hacer cursos de Educación Maternal a todas las gestantes del municipio, informando y educando en el tema de la maternidad, la lactancia natural, la crianza y la planificación familiar con lo que conseguiremos que estas madres tengan una preparación muy cualificada. Finalmente la matrona no debe limitarse sólo a las gestantes sino que tiene que actuar, con todo sanitario, en labores

de educación sanitaria dirigida a toda la comunidad, divulgando sus conocimientos tanto individuales como de forma colectiva mediante la realización de charlas-coloquio, conferencias, proyección de diapositivas y películas, colaboraciones con otros profesionales, etc., etc.

Así pues, vamos a ver más detalladamente las posibilidades que tiene una matrona rural en su ejercicio profesional.

POSIBILIDADES DE ACTUACION DE LA MATRONA RURAL

I. LABOR ASISTENCIAL

- A. Control del embarazo.
- B. Asistencia al parto
- C. Atención al puerperio
- D. Cuidados del recién nacido.

II. CURSOS DE EDUCACION MATERNAL

- A. Preparación al parto
- B. Recuperación postparto

III. EDUCACION SANITARIA

- A. Individualizada
- B. Colectiva

I. LABOR ASISTENCIAL

A. CONTROL DEL EMBARAZO

Hoy en día prácticamente todas las mujeres van a dar a luz a un centro hospitalario próximo al municipio; y efectivamente la matrona debe aconsejar que así se haga ya que toda embarazada debe ser controlada adecuadamente en una consulta de obstetricia donde le efectuarán periódicamente las exploraciones, análisis, ecografías, monitorizaciones, etc. que sean necesarios. Además todo este control será de gran utilidad en el momento del parto por lo que la mujer debe dar a luz en el mismo centro en que esté la consulta obstétrica.

La matrona rural en su consulta llevará una ficha de cada embarazada y mantendrá una entrevista mensual con ella para:

- insistirle que acuda a una consulta obstétrica hospitalaria
- informarle de todos los controles que le harán en

la consulta

- invitarle a llevar una vida sana, sin fumar, sin beber, sin automedicarse.
- explicarle como debe alimentarse para una nutrición correcta
- informarle de las ventajas de la lactancia materna
- controlar su estado general, peso, tensión arterial, presencia de edemas, cefaleas, náuseas, vó-

mitos, exudados vaginales, pérdidas hemáticas, dolor abdominal, disuria, etc, valorando cualquier sintomatología y remitirla al especialista si fuera necesario.

- deberá valorar si existen distocias sociales, depresión, falta de ánimo, etc para ayudarla psicológicamente en la medida de sus posibilidades, dándole optimismo y confianza.

B. ASISTENCIA AL PARTO

Como se ha dicho antes lo más frecuente es que la embarazada acuda a una consulta obstétrica hospitalaria y lógicamente dé a luz en el hospital, por lo que en este caso no interviene de forma la matrona rural.

Sin embargo hay mujeres que por una serie de razones, que nos vamos a analizar aquí, prefieren parir en su propia casa. En estos casos la matrona debe actuar informando adecuadamente a la gestante darle todas las ventajas e inconvenientes que supone el hacer el parto en casa.

Ventajas del parto en casa: Es un parto con menos stress, con más humanidad, más personalizado, más positivo psíquicamente para la pareja, más favorable para la relación madre-hijo, etc.

Inconvenientes del parto en casa: Ausencia de instrumental sofisticado, técnicas específicas, sangre, ausencia de servicio de urgencia, falta de diversa medicación, en definitiva, falta de medios.

Contraindicaciones del parto en casa: Hay situaciones en que pese a la voluntad de la pareja por dar a luz en el hogar la matrona deberá desaconsejarlo tajantemente. Estos son:

- mujeres con preparación psicoprofiláctica escasa o nula
- mujeres con complicaciones en partos anteriores

(césarea, etc.)

- mujeres con antecedentes cardíacos, renales, anomalías de coagulación, diabetes, tuberculosis, etc.
- mujeres primíparas de más de 35 años, y adolescentes
- mujeres con malformaciones genitales
- mujeres operadas en las regiones abdomino-genital
- mujeres con contracciones y dinámica débil
- mujeres con anemia seria o hemorragias anteriores
- mujeres con desproporción pélvico-fetal
- mujeres con posiciones fetales de nalgas o transversales persistentes
- mujeres con embarazo múltiple o con latido fetal anormal

En algunas ocasiones se le presentan a la matrona mujeres con avanzada dilatación. En estos casos tras efectuar un tacto y la consiguiente exploración debe calcular si con esa dilatación tendrá tiempo de llegar al hospital, ya que de lo contrario, es referible el parto en casa que por el camino.

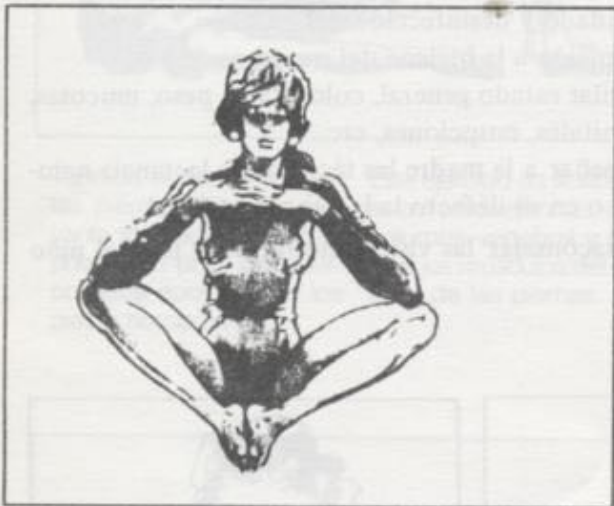
Ya sea de forma voluntaria o accidental, la matrona efectuará el parto en casa en las mejores condiciones posibles. Permanecerá al lado de la parturienta durante todo el período de dilatación vigilando la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones. Atenderá al parto haciendo una correcta protección de periné (técnica en la que las matronas somos grandes expertas) y si es necesario para evitar el desgarro practicaremos una pequeña episiotomía centro lateral derecha o izquierda y ligeramente más amplia en vagina. Después del alumbramiento se hará una perfecta exploración de cuello y anal antes de proceder a una esmerada sutura. Pondremos al niño sobre el vientre de la madre mientras se termina el parto y finalmente procederemos a la higiene del niño y de la madre. Esta forma de proceder es mucho más natural y reconfortante para la relación madre-hijo. No estoy de acuerdo en la separación brusca que se hace en muchos hospitales, cortando rápidamente el cordón y llevando al niño a los llamados "nidos" que están puestos en entredicho en los países más avanzados. Resulta mucho más humana y gratificante el contacto directo madre-hijo en presencia del padre.



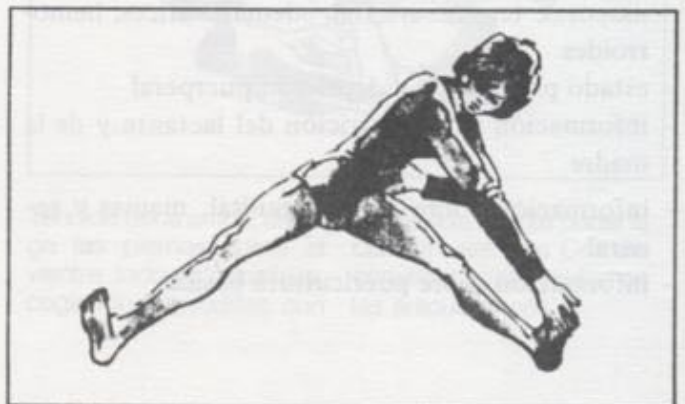
Tendida boca arriba, encoge las piernas sobre el vientre todo lo posible y cogiendo las rodillas con las manos, intenta poner la cabeza entre ellas. Con ello conseguirás elasticidad en las articulaciones.



Tendida boca arriba, alza una pierna y dóblala hacia el vientre, extendiéndola y bajándola lentamente hasta el suelo. Al hacerlo fortalecerás la pared del vientre que durante el embarazo ha soportado la presión de la matriz.

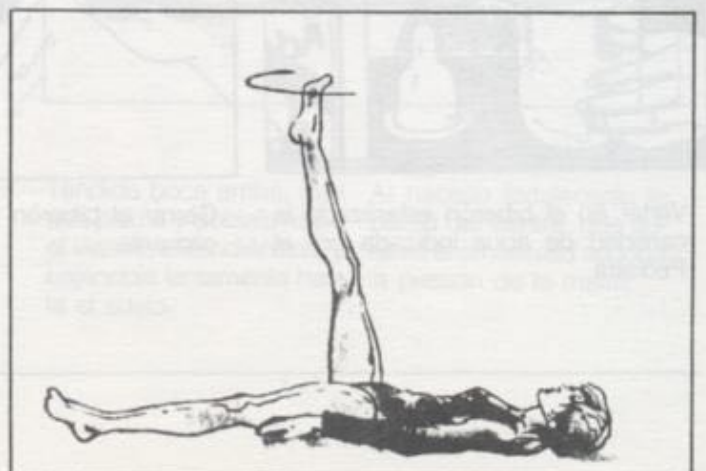


Sentada en el suelo, con las piernas abiertas y con las plantas de los pies tocándose apoya los codos en las rodillas hasta conseguir, suavemente que éstas toquen al suelo. Recuperarás la flexibilidad de la pelvis.



Sentada en el suelo, con las piernas y brazos abiertos, gira alternativamente y toca con la mano la punta del pie contrario. Ello fortalece los músculos abdominales y aumenta la elasticidad de la columna.

Boca arriba, con las piernas extendidas, alza la pierna derecha y forma pequeños círculos en el aire. Haz lo mismo con la izquierda. Realizándolo, fortalecerás la musculatura del vientre a fin de que vuelva a su posición inicial de antes del embarazo.



C. ATENCION AL PUERPERIO

Ya se haya producido el parto en casa o en un hospital, la matrona juega un importante papel en el puerperio.

La matrona en estos días procederá a:

- comprobar la involución uterina
- comprobar el sangrado, aspecto y olor de los loquios
- cura y desinfección de la episiotomía vigilando su cicatrización
- estado de las mamas, vaciado e higiene de las mismas
- comprobar estado general, fiebre, aspecto de las mucosas, tensión arterial, edemas, varices, hemorroides
- estado psicológico y depresión puerperal
- información sobre nutrición del lactante y de la madre
- información sobre higiene genital, mamas y general
- información sobre puericultura básica

- aconsejar control ginecológico después de la cuarentena
- aconsejar una autoexploración mamaria cada 6 meses
- aconsejar la realización de una citología anual
- desaconsejar las relaciones sexuales durante la cuarentena
- aconsejar sobre planificación familiar si la mujer lo desea

D. CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

Paralelamente a los cuidados de la puerpera se deberán efectuar una serie de cuidados al recién nacido como:

- cuidado y desinfección del ombligo
- atención a la higiene del recién nacido
- vigilar estado general, color, talla, peso, mucosas, genitales, erupciones, etc.
- enseñar a la madre las técnicas de lactancia natural o en su defecto la lactancia artificial
- desaconsejar las visitas inoportunas para el niño



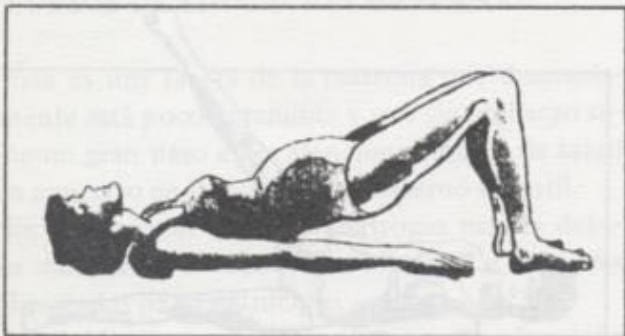
Verter en el biberón esterilizado la cantidad de agua indicada por el Pediatra.



Cerrar el biberón y agitarlo energicamente.



Dejarlo entriar a la temperatura del cuerpo, ya que se tolera mejor un poco frío que no demasiado caliente. Consumirlo recién preparado, a fin de evitar los riesgos de contaminación.



Tendida boca arriba, con las piernas dobladas, levanta las caderas todo lo posible. El peso del cuerpo debe apoyarse en los pies y hombros.

Este ejercicio da flexibilidad a las articulaciones de la columna vertebral y fortalece los músculos del vientre y de las piernas.

Tendida boca arriba, encoge las piernas sobre el vientre todo lo posible y, cogiendo las rodillas con

las manos, intenta poner la cabeza entre ellas. Con ello conseguirás elasticidad en las articulaciones.



Acostada sobre una almohada y con las rodillas cogidas como en el ejercicio anterior, toma aire de una sola y rápida inspiración. Sin dejarlo escapar, fuerza con el pecho y vientre como para evacuar. Mantén

el esfuerzo durante 5 segundos y expulsa el aire. Así reforzarás los músculos que más te ayudarán en el momento del parto y te acostumbrarás a concentrarte en este esfuerzo.

Tendida boca arriba, alza una pierna y dóblala hacia el vientre, extendiéndola y bajándola lentamente hasta el suelo.

Al hacerlo fortalecerás la pared del vientre, que durante el embarazo soporta la presión de la matriz.



Tendida boca arriba, con las piernas dobladas, evita el hueco que hay en la columna vertebral haciendo tocar el suelo con la cintura. Te permitirá balancear la pelvis para que adquiera mejor flexibilidad.

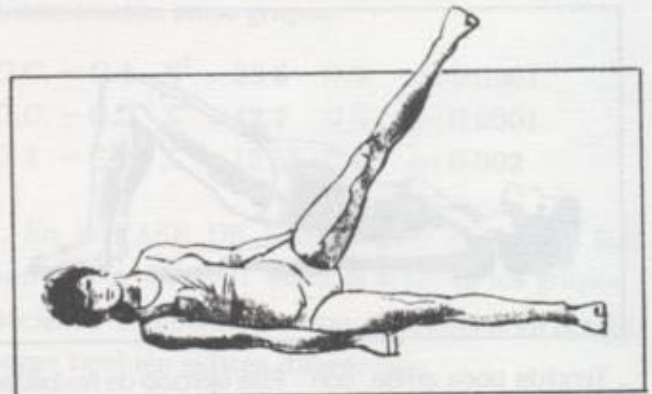


Ponte en cucullas, con los pies planos en el suelo, el mayor tiempo posible. Haz el ejercicio varias veces al día y, de esta forma, aumentarás la elasticidad de la pelvis y de la columna vertebral.

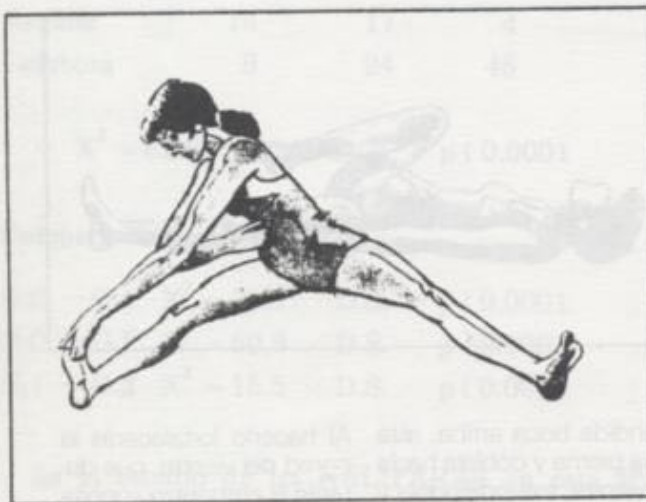


Sentada en el suelo, con las piernas abiertas y con las plantas de los pies tocándose, apoya los codos en las rodillas hasta conseguir, suavemente, que éstas toquen al suelo.

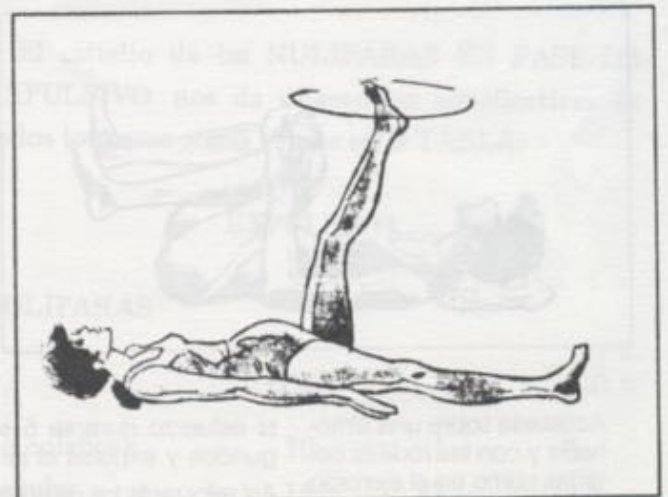
Aumentará la flexibilidad de tu pelvis.



Tendida de lado alza la pierna superior todo lo posible. Manténla unos momentos extendida y bájala lentamente. Alterna ambas piernas. Activarás así los músculos de los costados del vientre.



Sentada en el suelo, con las piernas y brazos abiertos, gira alternativamente y toca con la mano la punta del pie contrario. Ello fortalece los músculos abdominales y aumenta la elasticidad de la columna.



Boca arriba, con las piernas extendidas, alza la pierna derecha y forma pequeños círculos en el aire. Haz lo mismo con la izquierda. Realizándolo, fortalecerás la musculatura del vientre y evitarás su caída.



(fumadores, etc.)

- aconsejar a la madre sobre nutrición, crecimiento y desarrollo, visitas al pediatra, sueño, llanto, vacunaciones, etc.

La matrona ha de convencer a la madre de que la mejor manera de conservar la salud de su hijo es la prevención y que para ello debe acudir periódicamente al pediatra aunque al niño no le pase nada.

II. CURSOS DE EDUCACION MATERNAL

Esta es una faceta de la matrona que desgraciadamente está poco extendida y que sin embargo supone un gran paso en la atención primaria de salud y en concreto en la protección materno-infantil.

En mi opinión todas las matronas rurales deberían dar cursos de educación maternal a todas las embarazadas de su municipio.

Estas técnicas que se emplean en la educación maternal se basan en las observaciones acerca del dolor y temor en el parto que efectuaron la Escuela inglesa de Read y la Escuela rusa de Velvovski, Platonov, Ploticher y Schugum.

Para Read el miedo al parto es algo patológico que se basa en la ignorancia y el miedo a lo desconocido que tiene la parturienta, por lo que para combatirlo propone efectuar una correcta información del embarazo y parto, junto con una atmósfera de confianza mutua entre la embarazada y el médico o matrona que efectúe la preparación. Junto a la información se realizan ejercicios de relajación según la técnica de Jacobson, ejercicios respiratorios y gimnasia prenatal.

Para la escuela rusa se trataría de un reflejo condicionado tipo Pavlov. La mujer no informada interpreta las contracciones uterinas como sensaciones dolorosas según un reflejo condicionado. Para combatir este reflejo proponen sustituirlo por otro reflejo positivo (el trabajo del parto) a base de respiraciones, relajación, etc.

Basado en estas dos escuelas, la Educación maternal fue evolucionando continuamente con la aportación de nuevas técnicas de distintos autores (relajación de Schultz, tacto psicosexual de Kitzin-

ger, sofronización de Caycedo, relajación dinámica, etc.)

Actualmente el concepto de Educación Maternal va más allá del simple parto sin dolor que preconizaba Read. Es una auténtica educación sanitaria y medicina preventiva a través de la responsabilidad ante la maternidad

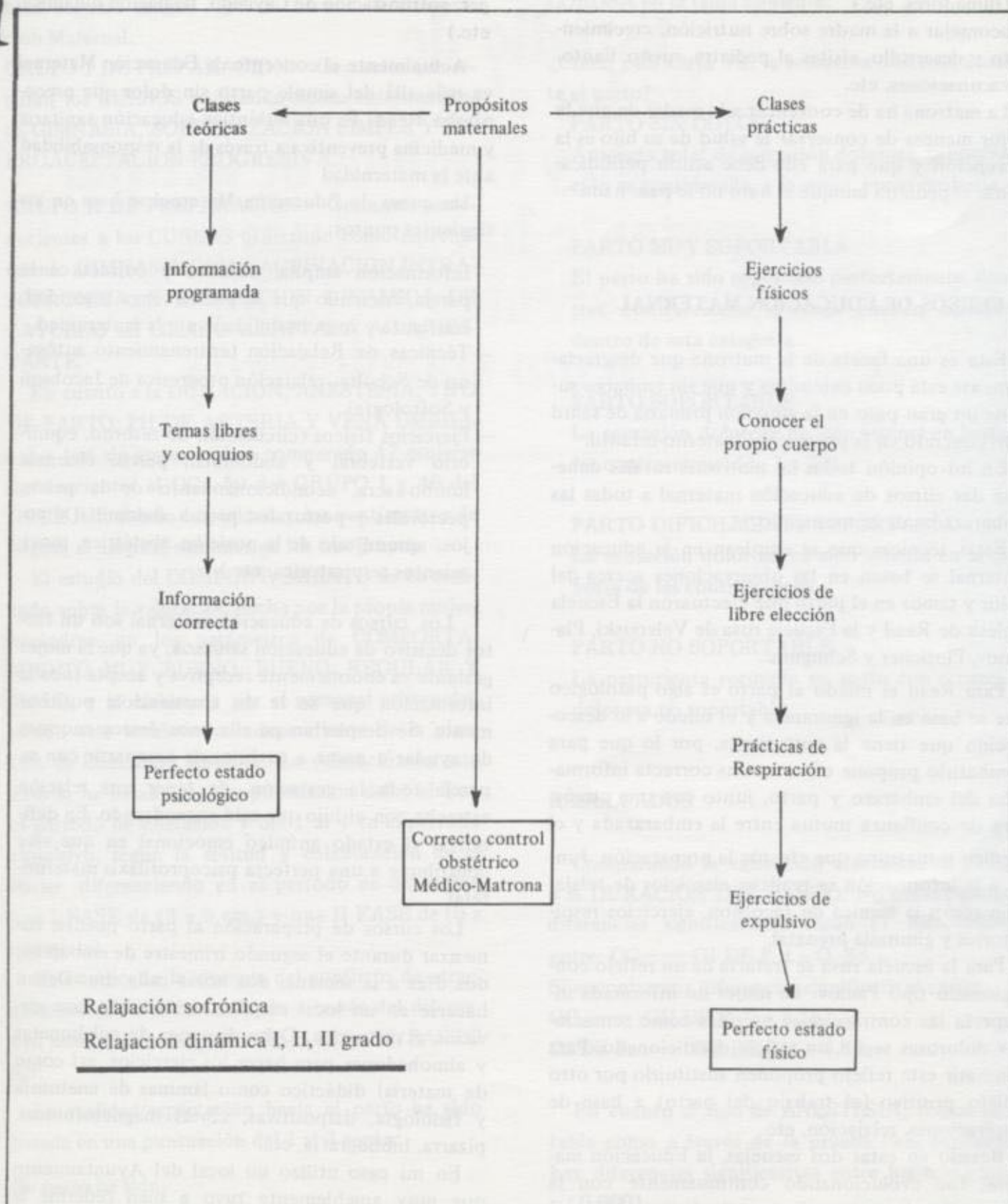
Un curso de Educación Maternal se basa en los siguientes puntos:

- Información amplia, objetiva y correcta a la pareja, haciendo que la pareja tenga seguridad, confianza y responsabilidad ante la maternidad.
- Técnicas de Relajación (entrenamiento autólogo de Schultz, relajación progresiva de Jacobson y Sofrología).
- Ejercicios físicos (circulación de retorno, equilibrio vertebral y abdominal, pelvis, charnela lumbo-sacra, acondicionamiento de la pelvis, pectorales y posturales, prensa abdominal y pujos, aprendizaje de la posición obstétrica, movimientos respiratorios, etc.).

Los cursos de educación maternal son un factor decisivo de educación sanitaria, ya que la mujer gestante es enormemente receptiva y acepta toda la información que se le da asumiéndola positivamente. Se despiertan en ella unos deseos enormes de ayudar a nacer a su hijo, de compartir con su pareja toda la gestación, de tener una relación estrecha con el hijo que está engendrando. En definitiva, el estado anímico emocional en que vive contribuye a una perfecta psicoprofilaxis materno-fetal.

Los cursos de preparación al parto pueden comenzar durante el segundo trimestre de embarazo, dos días a la semana, dos horas cada día. Deben hacerse en un local amplio, confortable, con servicios y vestuarios. Debe disponer de colchonetas y almohadones para hacer los ejercicios, así como de material didáctico como láminas de anatomía y fisiología, diapositivas, cintas magnetofónicas, pizarra, bibliografía, etc.

En mi caso utilizo un local del Ayuntamiento que muy amablemente tuvo a bien cederme la Corporación Municipal.





A toda mujer que comienza el curso le entrego un pequeño dossier en el que se incluyen hojas informativas como:

- consejos a la embarazada
- el momento del parto
- la canastilla
- consejos para el puerperio
- ejercicios de parto y de postparto
- calendario de vacunaciones
- nutrición de la embarazada
- cuidados del recién nacido

Por otra parte cada mujer rellena un test en el que se incluyen cuestiones sobre la condición de la mujer, dependencia de la madre, temor al parto, madurez emocional, etc.

Al finalizar la cuarentena rellenan otro test sobre cuestiones referidas al embarazo, parto y postparto.

Una pauta o programa de las clases teóricas puede ser el siguiente:

1. ¿Qué es la educación maternal? ¿Qué es el parto? Importancia de la preparación al parto.
2. Anatomía y fisiología del aparato genital masculino y femenino.
3. La respiración y sus clases. Su finalidad.
4. Cuidados en el embarazo. Cambios somáticos.
5. Alimentación e higiene durante el embarazo y lactancia.
6. Contracciones del embarazo y movimientos del niño.
7. Educación neuromuscular y relajación sofronica.
8. Fases del parto y actitud de la pareja.
9. El puerperio. Higiene puerperal.
10. Cuidados y nutrición del recién nacido.
11. Orientación sobre planificación familiar.

Resulta muy interesante que los maridos acudan a todas las clases teóricas, especialmente a la que trata del día del parto y las de puericultura.

Después de la teoría se pasa a realizar los ejercicios físicos consistentes en ejercicios de tono muscular, abdominales, respiratorios y circulatorios; ejercicios de los distintos tipos de respiración (to-

rácica, abdominal, abdominal soplante, completa, profunda, jadeante, etc.) y técnicas de relajación dinámica para que la gestante tome consciencia de su esquema corporal.

Finalmente todos los días se entabla un coloquio para que las gestantes puedan preguntar sus dudas y expresar sus opiniones y sensaciones.

B. RECUPERACION POSTPARTO

La recuperación postparto puede ser de dos tipos: postparto inmediato y postparto tardío. Siempre que sea posible es preferible empezar por el inmediato.

El postparto inmediato comienza al día siguiente del parto con un fuerte apoyo psicológico y ejercicios físicos, prolongándose durante toda la cuarentena, bajo una estricta vigilancia y control por parte de la matrona. Salvo contraindicación facultativa la pauta que se sigue es la siguiente: a las 24 horas del parto se efectúa la primera sesión de ejercicios circulatorios, respiratorios y la consiguiente relajación. El 2º, 3º y 4º día se incorporan progresivamente nuevos ejercicios. Del 5º al 10º se le asignan a la puerpera unos ejercicios que realizará en su casa. A partir del 11º día ya se incorpora a las clases habituales de recuperación donde las continuará hasta pasada la cuarentena.

Los primeros días se vigila diariamente el estado general, sangrado, cicatrización de la episiotomía, estado de las mamas y el estado psicológico al que debe dedicarse gran atención, ya que resulta tan importante como los ejercicios para la rápida y correcta recuperación.

Estas técnicas se deben adaptar a cada mujer ya que cada puerpera presenta una problemática diferente según el parto que tuvo (inducción anestésica, fórceps, cesarea, etc.).

La práctica del postparto inmediato ofrece muchas ventajas como son:

- activa la circulación ejerciendo una profilaxis de la trombosis
- refuerza la involución uterina
- tonifica la musculatura hiperdistendida durante



- el embarazo y el trabajo del parto
- los ejercicios y la deambulación precoz favorecen la evacuación intestinal y vesical
- ejerce una profilaxis del prolapso uterino
- previene las secuelas de la hiperlordosis lumbar
- se restablece mejor y más rápido el equilibrio psíco-físico de la puerpera, estimulando a los cuidados del hijo.

III. EDUCACION SANITARIA

La matrona no debe limitarse a la atención de las mujeres gestantes sino que, en la medida de sus posibilidades, tiene que colaborar en la educación sanitaria de la población donde ejerce. En coordinación con los otros sanitarios debe aportar su grano de arena para divulgar entre toda la población los conocimientos que pueden ser útiles para la salud comunitaria.

A. INDIVIDUALIZADA

La divulgación sanitaria a nivel individual tiene ventajas como es la intimidad de la información, la confianza que se establece, la oportunidad en muchos casos, etc. Es una información que la práctico a menudo tanto personalmente como por teléfono. Requiere mucha paciencia, mucho diálogo, pero no cabe duda que es también muy agradecida.

Sin embargo tiene un gran problema como es la poca efectividad por la lentitud que supone hablar de persona en persona.

B. COLECTIVA

Esta divulgación es mucho más interesante puesto que llega a un número mayor de personas. La matrona rural debe aprovechar cualquier material que se le presente o cualquier oportunidad que tenga para llegar a sus conciudadanos.

También en este caso cuento con la colaboración del Ayuntamiento que me cede el salón de actos

del mismo y me distribuye unos Bandos cuando hay que anunciar alguna conferencia o cualquier otro acto.

A título de ejemplo de lo que se puede hacer (ya que cada municipio y cada matrona tiene sus peculiaridades) comentaré las actuaciones que he realizado en mi municipio. Los horarios de estas actividades conviene que sean por la tarde a última hora cuando han terminado las actividades laborales. Hay que hacer notar que al principio la respuesta es muy escasa debido a la desconfianza y el poco interés de la gente; pero que a base de insistir y de hacer bien las cosas se consigue que los temas interesen y que los actos estén muy concurridos.

a) Charlas-coloquio: Es la forma más fácil y menos costosa de hacer una buena labor. El alguacil por medio de un bando anuncia la charla a la que tiene acceso todo el mundo, y al finalizar se entabla un coloquio mucho más interesante que la propia charla. Son bien acogidas charlas de temas como "Normas de puericultura", Planificación familiar, Consejo genético, Vacunaciones. La pareja ante la crianza del hijo, el niño en el primer año de vida; Control ginecológico de la mujer sana, Prevención del cancer de útero y de mama. Sexualidad en el embarazo. Lactancia materna, etc.

b) Charlas en colaboración: en ocasiones hemos dado la charla dos profesionales a la vez, generalmente con pediatras y ginecólogos, con lo que se amplían las posibilidades y resultan muy amenas.

c) Proyección de diapositivas: unas veces diapositivas de mi propiedad y otras veces de los programas de salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los títulos son muy variados: Nuestro cuerpo. Relación madre-hijo. Salud de la embarazada. La alimentación en las distintas edades y circunstancias. Organos reproductores masculino y femenino, etc. El comentario de las diapositivas hace que se pase el tiempo con gran amenidad.



- el embarazo y el trabajo del parto
- los ejercicios y la deambulación precoz favorecen la evacuación intestinal y vesical
- ejerce una profilaxis del prolapso uterino
- previene las secuelas de la hiperlordosis lumbar
- se restablece mejor y más rápido el equilibrio psíco-físico de la puerpera, estimulando a los cuidados del hijo.

III. EDUCACION SANITARIA

La matrona no debe limitarse a la atención de las mujeres gestantes sino que, en la medida de sus posibilidades, tiene que colaborar en la educación sanitaria de la población donde ejerce. En coordinación con los otros sanitarios debe aportar su grano de arena para divulgar entre toda la población los conocimientos que pueden ser útiles para la salud comunitaria.

A. INDIVIDUALIZADA

La divulgación sanitaria a nivel individual tiene ventajas como es la intimidad de la información, la confianza que se establece, la oportunidad en muchos casos, etc. Es una información que la práctico a menudo tanto personalmente como por teléfono. Requiere mucha paciencia, mucho diálogo, pero no cabe duda que es también muy agradecida.

Sin embargo tiene un gran problema como es la poca efectividad por la lentitud que supone hablar de persona en persona.

B. COLECTIVA

Esta divulgación es mucho más interesante puesto que llega a un número mayor de personas. La matrona rural debe aprovechar cualquier material que se le presente o cualquier oportunidad que tenga para llegar a sus conciudadanos.

También en este caso cuento con la colaboración del Ayuntamiento que me cede el salón de actos

del mismo y me distribuye unos Bandos cuando hay que anunciar alguna conferencia o cualquier otro acto.

A título de ejemplo de lo que se puede hacer (ya que cada municipio y cada matrona tiene sus peculiaridades) comentaré las actuaciones que he realizado en mi municipio. Los horarios de estas actividades conviene que sean por la tarde a última hora cuando han terminado las actividades laborales. Hay que hacer notar que al principio la respuesta es muy escasa debido a la desconfianza y el poco interés de la gente; pero que a base de insistir y de hacer bien las cosas se consigue que los temas interesen y que los actos estén muy concurridos.

a) Charlas-coloquio: Es la forma más fácil y menos costosa de hacer una buena labor. El alguacil por medio de un bando anuncia la charla a la que tiene acceso todo el mundo, y al finalizar se entabla un coloquio mucho más interesante que la propia charla. Son bien acogidas charlas de temas como "Normas de puericultura", Planificación familiar, Consejo genético, Vacunaciones. La pareja ante la crianza del hijo, el niño en el primer año de vida; Control ginecológico de la mujer sana, Prevención del cancer de útero y de mama. Sexualidad en el embarazo. Lactancia materna, etc.

b) Charlas en colaboración: en ocasiones hemos dado la charla dos profesionales a la vez, generalmente con pediatras y ginecólogos, con lo que se amplían las posibilidades y resultan muy amenas.

c) Proyección de diapositivas: unas veces diapositivas de mi propiedad y otras veces de los programas de salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los títulos son muy variados: Nuestro cuerpo. Relación madre-hijo. Salud de la embarazada. La alimentación en las distintas edades y circunstancias. Organos reproductores masculino y femenino, etc. El comentario de las diapositivas hace que se pase el tiempo con gran amenidad.



d) Proyección de películas científicas: en ocasiones he proyectado películas por gentileza de algunos Laboratorios farmacéuticos con títulos como: Los primeros días de la vida. Los primeros pasos. La píldora en tu vida. Planificación familiar feliz, etc. Es un sistema que tiene gran aceptación y que es muy útil si al final se establece un pequeño coloquio.

Insisto una vez más en que hay muchos medios de hacer divulgación sanitaria y lo importante no es hacer una u otra cosa sino hacer lo que sea pero con regularidad y constancia y poniendo un gran entusiasmo en todo lo que se realice.

De todas formas sería muy deseable que la Administración contara un poco más con las matronas rurales porque estoy segura que todas estaríamos dispuestas a colaborar en pro de una atención primaria de salud y de una educación sanitaria que sacara a este país de la ignorancia en que muchas veces está inmerso.

También sería muy conveniente que hubiera una mayor relación y colaboración entre los sanitarios del mismo municipio, ya que la educación sanitaria no debe ser una tarea individual sino una labor de integración de los profesionales. Aquí habría que hacer un llamamiento a la Administración para que dotara mínimamente de material asistencia l y didáctico todos los municipios. ■

BIBLIOGRAFIA

- Psicoprofilaxis obstétrica. Gavenski. Ed. Ateneo.
- El parto ecológico. Carrera. Instituto Dexeus.
- Por un nacimiento sin violencia. Laboyer. Ed. Daimen.
- El parto y el puerperio. Dexeus. Instituto Dexeus.
- Maternidad responsable. Sastre. Ed. Jims.
- Introducción a la especialidad de comadrona. Hickman. Ed. Alhambra.
- Atención primaria. O.M.S. 1983.
- Declaración de Alma-Ata.
- Asistencia materna e infantil. Dickason. Ed. Salvat.
- Diferencias entre el parto en casa o en clínica. Dragó.
- Postparto inmediato. Aguilá.
- Concepto de atención primaria de salud. Sala.
- Evolución histórica de la psicoprofilaxis obstétrica. Sebastia.
- Educación maternal. Aguirre de Carcer.

Ana Aguilá Gorgues

Zaragoza, noviembre 1984

* * * *

• **matronas hoy** •
REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

LA RELAJACION DINAMICA REFLEXIVA DE CAYCEDO, COLUMNA VERTEBRAL DE LA PREPARACION SOFROLOGICA A LA MATERNIDAD

Dr. Jordi Rubió i Carné

Dra. M^a Lluís Navarro i Messeguer
C/ Ventura Rodríguez, 6-8 - 2^o. 1^a
08035 Barcelona - Teléf. 229 86 25

La Relajación Dinámica Reflexiva de CAYCEDO (RDC) es una aproximación sofrológica a la postura Za-zen del Zen japonés. Es una "postura de meditación sentado".

En su libro "Cent clés pour comprendre la zen" DURIX escribe:

"Una de las manifestaciones más interesantes y más espectaculares del zazen es el efecto que puede tener sobre la gestación y sobre el parto: la práctica de zazen durante toda la gestación, hasta el día mismo del parto, permite un embarazo tranquilo y un parto sin temor, en la alegría y la armonía tanto para la madre como para el niño, olvidada cualquier noción de sufrimiento" (1).

Zen no es otra cosa que zazen. Postura, respiración, actitud son los tres elementos básicos del zazen. (2) Se practica el zen cuando se hace cualquier cosa con la atención aquí y ahora. El aquí abarcando, del modo más amplio posible, la inmensidad del espacio, o del infinito. "Estoy aquí pariendo puede abarcar en este lugar, en esta casa, en este barrio, en esta ciudad, en esta región, en este país, en esta península, en este continente, en este planeta, en esta galaxia, en este universo...". (La conciencia es ilimitada, en tanto que el cuerpo es limitado). El ahora, el presente, es una de las mayores dificultades del hombre. El presente es el paso entre el pasado y el futuro, pero es tan fugaz que si no se desarrolla la atención el presente se escapa. Cuando se para se está practicando zazen (3).

¿Qué es el parto? ¿Qué es la maternidad? Estos como todos los fenómenos tienen algo que permanece y les identifica, a pesar de las modificaciones, este algo es la esencia del fenómeno. Esencia es lo constituido por lo que es invariable que se da

en la experiencia y permanece idéntico a través de las continuas variaciones. ¿Cuál es la esencia de la preparación a la maternidad? ¿cómo se descubren las esencias? ¿cómo la experiencia vulgar de un parto p.e. se reduce al *eidós* (esencia)? Se ha de ir del dato complejo que experimentamos hasta el descubrimiento del dato primordial e inderivable (4). Este camino nos lo describe la aproximación sofrológica método que hemos seguido para llegar a la conclusión que proponemos, a saber, que la postura de la RDC reflexiva es lo esencial para la preparación al parto, al propio parto y por extensión a la maternidad.

La reducción fenomenológica y el análisis existencial nos han permitido, a través de la descripción del hecho que experimentamos p.e. todo lo que constituye el parto o la maternidad y su preparación, ir suprimiendo imaginariamente, uno a uno, los datos del hecho descrito hasta encontrar aquellos datos que, de rechazarlos de forma imaginaria, se produciría la supresión radical del objeto experimentado (4). En este momento, después de la reducción eidética, empieza la reducción fenomenológica, con la suspensión de juicio y la puesta entre paréntesis (p.e. si afirmo que las contracciones son dolorosas no estoy poniendo el fenómeno del parto entre paréntesis) aparecerá el procedimiento fenomenológico en toda su riqueza, mostrando una multiplicidad de sentido (de ahí los múltiples métodos de preparación, de los más físicos a los más psíquicos) que conducirá a la intuición de esencias: PARTO = POSTURA y RESPIRACION p.e. (5).

Hasta aquí hemos seguido a HUSSERL (6) en su "reducción eidética" que no se obtiene por medio de manipulaciones, sino gracias a un esfuerzo de pensamiento aplicado al fenómeno cuyo sentido se busca. Es una técnica que confiere al pensamiento la certeza de retener sólo lo esencial del fenómeno en cuestión: aquello que es imposible para la

LA RELAJACION DINAMICA REFLEXIVA DE CAYCEDO, COLUMNA VERTEBRAL DE LA PREPARACION SOFROLOGICA A LA MATERNIDAD

Dr. Jordi Rubió i Carné

Dra. M^a Lluís Navarro i Messeguer
C/ Ventura Rodríguez, 6-8 - 2^o, 1^a
08035 Barcelona - Teléf. 229 86 25

La Relajación Dinámica Reflexiva de CAYCEDO (RDC) es una aproximación sofrológica a la postura Za-zen del Zen japonés. Es una "postura de meditación sentado".

En su libro "Cent clés pour comprendre la zen" DURIX escribe:

"Una de las manifestaciones más interesantes y más espectaculares del zazen es el efecto que puede tener sobre la gestación y sobre el parto: la práctica de zazen durante toda la gestación, hasta el día mismo del parto, permite un embarazo tranquilo y un parto sin temor, en la alegría y la armonía tanto para la madre como para el niño, olvidada cualquier noción de sufrimiento" (1).

Zen no es otra cosa que zazen. Postura, respiración, actitud son los tres elementos básicos del zazen. (2) Se practica el zen cuando se hace cualquier cosa con la atención aquí y ahora. El aquí abarcando, del modo más amplio posible, la inmensidad del espacio, o del infinito. "Estoy aquí pariendo puede abarcar en este lugar, en esta casa, en este barrio, en esta ciudad, en esta región, en este país, en esta península, en este continente, en este planeta, en esta galaxia, en este universo...". (La conciencia es ilimitada, en tanto que el cuerpo es limitado). El ahora, el presente, es una de las mayores dificultades del hombre. El presente es el paso entre el pasado y el futuro, pero es tan fugaz que si no se desarrolla la atención el presente se escapa. Cuando se pare se está practicando zazen (3).

¿Qué es el parto? ¿Qué es la maternidad? Estos como todos los fenómenos tienen algo que permanece y les identifica, a pesar de las modificaciones, este algo es la esencia del fenómeno. Esencia es lo constituido por lo que es invariable que se da

en la experiencia y permanece idéntico a través de las continuas variaciones. ¿Cuál es la esencia de la preparación a la maternidad? ¿cómo se descubren las esencias? ¿cómo la experiencia vulgar de un parto p.e. se reduce al *eidós* (esencia)? Se ha de ir del dato complejo que experimentamos hasta el descubrimiento del dato primordial e inderivable (4). Este camino nos lo describe la aproximación sofrológica método que hemos seguido para llegar a la conclusión que proponemos, a saber, que la postura de la RDC reflexiva es lo esencial para la preparación al parto, al propio parto y por extensión a la maternidad.

La reducción fenomenológica y el análisis existencial nos han permitido, a través de la descripción del hecho que experimentamos p.e. todo lo que constituye el parto o la maternidad y su preparación, ir suprimiendo imaginariamente, uno a uno, los datos del hecho descrito hasta encontrar aquellos datos que, de rechazarlos de forma imaginaria, se produciría la supresión radical del objeto experimentado (4). En este momento, después de la reducción eidética, empieza la reducción fenomenológica, con la suspensión de juicio y la puesta entre paréntesis (p.e. si afirmo que las contracciones son dolorosas no estoy poniendo el fenómeno del parto entre paréntesis) aparecerá el procedimiento fenomenológico en toda su riqueza, mostrando una multiplicidad de sentido (de ahí los múltiples métodos de preparación, de los más físicos a los más psíquicos) que conducirá a la intuición de esencias: PARTO = POSTURA y RESPIRACION p.e. (5).

Hasta aquí hemos seguido a HUSSERL (6) en su "reducción eidética" que no se obtiene por medio de manipulaciones, sino gracias a un esfuerzo de pensamiento aplicado al fenómeno cuyo sentido se busca. Es una técnica que confiere al pensamiento la certeza de retener sólo lo esencial del fenómeno en cuestión: aquello que es imposible para la

consciencia pensar de otro modo. (Captación de la universalidad e intuición de esencias). A partir de ahora, en el análisis existencial, vamos a seguir a BINSWANGER (7).

Para BINSWANGER no existiría el parto sino la mujer que pare-en-el-mundo. Para cada tipo de parto habrá un tipo de mujer o sea de ser-en-el-mundo, siendo importante el estudio de su temporalidad; los etnólogos, en la actualidad, nos hablan de la postura de las mujeres de los pueblos primitivos al parir. Posturas naturales que están retornando.

Debemos a AGUIRRE DE CARCER (8) una constatación esencial: cuando la contracción es dolorosa la mujer ha de estar alerta (EEG desincronizado) contrario de lo que ocurre cuando está relajada, para coger con la respiración la contracción a tiempo. A ser posible la mujer tendría que encontrarse en una situación paradójica: alerta y relajada a la vez! Es precisamente éste el fenómeno más característico de la postura de la RDC reflexiva. La relajación dentro de la tensión, la tranquilidad y armonía dentro de una alerta perfecta.

Hemos intuído y verificado que lo esencial, para la preparación a la maternidad, es la postura de la RDC reflexiva. De una forma sistemática NAVARRO, SEBASTIA y RAOUL lo han comprobado. Han publicado sus resultados. Como fenomenólogo, que pretendo ser, no voy a darles estadísticas. Dicen NAVARRO y RAOUL que además de los criterios tratables estadísticamente, sin duda positivos, se añade un carácter específico propio de las mujeres preparadas mediante la postura de la RDC reflexiva, es la tranquilidad particular de la cual hacen gala cuando aparecen los primeros signos de su parto. Tranquilidad que no es fruto de una simple relajación aprendida, ni el resultado de un condicionamiento. La mujer no sufre el parto es la mujer la que pare (9), (10), (10').

Aprender esta preparación es muy simple, incluso en las últimas semanas de gestación. Se basa en una sola postura, comporta una respiración y una sofroaceptación progresiva (SAP) en la misma postura y respiración aquí y ahora.

¿Por qué es válida la postura? La explicación también es muy simple en relación al número de suposiciones no verificadas. Con la postura obtenemos paradójicamente la máxima alerta y la máxima tranquilidad, el EEG demuestra que el polo prefrontal, del cerebro, está desconectado de las

áreas parietales (11). Es como si durante el parto el Director General (el polo prefrontal) el que anticipa la angustia, el que prevé etc., no tuviese que intervenir.

La Ley de la Parsimonia dice que cuando varias posibles explicaciones sean adecuadas debe elegirse la más simple, no la más fácil de comprender sino la más simple en relación al número de suposiciones no verificadas (12).

La postura de la RDC reflexiva es la más simple para prepararse al parto y a la maternidad, al alcance de cualquier mujer. El número de suposiciones no verificadas si lo hay es mínimo. El único problema es que la gestante ha de entrenar diariamente en su casa a partir del día que decide prepararse. No pocas mujeres llegan ahora, a la preparación, en las últimas semanas de gestación.

La postura es un puente entre la teoría (clases teóricas) y la práctica, anticipación, aquí y ahora del parto y de la relación madre-hijo-padre (ser-con-otro, ser-más-allá-del-mundo). Mundos de la undimbre y del censor.■

Bibliografía:

1. Claude DURIX: "Cent clés pour comprendre le zen" Le courrier du livre Paris 1976 pág. 120.
2. Ibid. pág. 29.
3. Pedro de VICENTE y Juan R. ZARAGOZA: Técnicas de relajación Curso básico. Apuntes.
4. Miguel ROJO SIERRA: "Fundamentos doctrinales para una psicología médica" Ediciones Toray S.A. Barcelona 1978 págs. 237 y sig.
5. Alfonso CAYCEDO LOZANO: ¿Qué es la aproximación sofrológica? (Hacia una sofrología fenomenológica) Sofrología Médica Oriente-Occidente. Ed. Aura Tomo II Barcelona 1974.
6. André DARTIGUES: "La fenomenología" Ed. Herder Barcelona 1975. págs. 26 y sig.
7. Ludwig BINSWANGER: "Artículos y conferencias escogidas" I-II Ed. Gredos S.A. Madrid 1973 Págs. 22 y 441. (El método fenomenológico: Sobre el problema del derecho a reducir el análisis existencial, en cuanto método empírico de investigación, a la analítica filosófica existencial).
8. Alvaro AGUIRRE DE CARCER: Sofrología en Obstetricia y Ginecología. Condicionamiento y descondicionamiento en sofrología. Sofrología Médica Oriente-Occidente. Ed. Aura. Tomo II Barcelona 1974 pág. 117 y sig.
9. María Lluís NAVARRO i MESSEGUER y J. Carlos GRANADOS: "Preparación sofrológica a la maternidad". Realidad de una ciencia. Sofrología. Pasado y presente. Dr. Mariano Espinosa Madrid 1983 p. 629.
10. Elisabeth RAOUL: Manuel pratique de préparation sophrologique à la maternité" Maloine Paris 1983 p. 147.
11. Jordi RUBIO i CARNE: "Psiquiatría sofrológica". Realidad de una ciencia. Sofrología. Pasado y presente. Dr. Mariano Espinosa. Madrid 1983. p. 719 y sig.
12. Aaron Q. SARTAIN: "Psicología: un estudio de la conducta humana". Ed. Scientia Barcelona 1965 pág. 9.
10. Gloria SEBASTIA i GRACIA: "Gimnasia maternal. Entrenamiento psico-físico para el embarazo, parto y post-parto". Diafora S.A. Barcelona 1981. p. 42.

¿BEBES PROBETA?

Actualmente está al día la solución al problema de la infertilidad de padres que al fin, ha conseguido su SUEÑO.

Se habla de beneficios innumerables de un estudio de embriones humanos.

Analizando esta cuestión —no podemos dejar de reconocer— que estas técnicas “son un arma de 2 filos, ya que la Meta de los científicos que comenzaron estos trabajos, no es precisamente la de dar “oportunidad de vida” a cada embrión engendrado. Está perfectamente comprobado que en las mejores condiciones, el índice de éxito de la fecundación Vitro es el 11%.

Para conseguir el nacimiento de Louise Brown —la primera niña probeta, en julio de 1978, fueron sacrificados miles de embriones humanos, y así sucesivamente, hasta conseguir éxitos, en otros casos.

Según el Catedrático de Genética de la Universidad de la Sorbone de París Dr. LEJEUNE: “La fecundación extra corporal implicando INEVITABLEMENTE una experiencia y una SELECCION DELIBERADA sobre los más jóvenes seres humanos, es inaceptable. Afirmamos que en ningún caso un ser humano debe ser considerado como un OBJETO de EXPERIMENTACION o de EXPLORACION”.

Al hablar de fertilización in vitro se olvida también la posibilidad de realizarla de forma heteróloga, es decir, usando donantes de óvulos o donantes de espermia. El recurso a las Madres de ALQUILER, la fertilización in vitro “pos MORTEM”, negocios de tipo ECONOMICO por en medio etc. etc, son opciones que agraban los problemas. Reafirmamos lo del arma de dos filos y la GRANDISIMA INCOHERENCIA entre dedicar inmensas energías y cantidad de dinero para la concepción de un bebé probeta mientras cada año se INMOLAN a miles de bebés NO PROBETA por medio del ABORTO PROVOCADO.

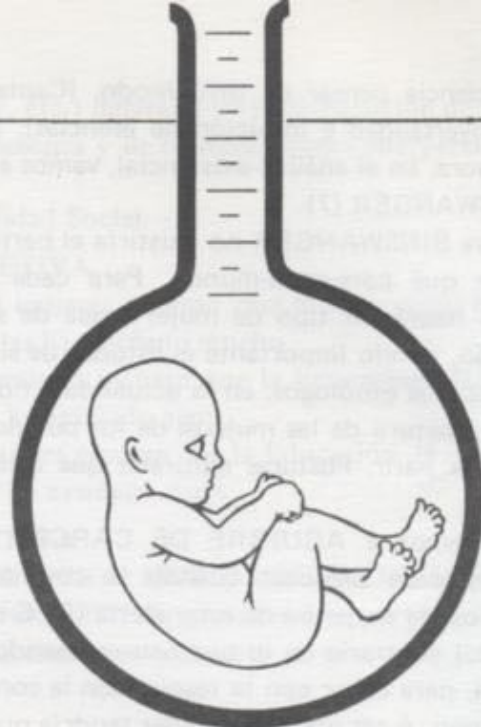
También las matronas tenemos suficiente voz y voto para preguntar sobre el asunto:

¿Qué pasa con los óvulos fecundados que no se utilizan? ¿Habrá un Banco o Mercado para DONAR o para VENDER?

¿Y si al cabo de unos años llegan a casarse hermanos con hermanos con las consiguientes incompatibilidades de consanguinidad?

Al exponer —recientemente— todas estas incógnitas a un Médico especializado en tal experimento, me respondió que todos los embriones congelados quedan perfectamente archivados, y que serían necesarias unas Leyes que lo regularan etc. etc.

Está muy claro que ninguno de los que vivimos actualmente, vamos a pasar a la POSTERIDAD y por muy bien clasificados y archivados que estén los embriones humanos congelados, seguimos con la incógnita: ¿Suponen estas prácticas un avance



para la humanidad, o habiéndose solucionado el problema de la ESTERILIDAD por otras técnicas NATURALES-BIOLÓGICAS, van a echar estos embriones humanos a la basura?

Ya que el hombre ha puesto las manos sobre la vida, es preciso no caer en la trampa de dejarse deslumbrar por su propio avance técnico, utilizándolo en experiencias deshumanizadoras, y en algún caso degradantes.

Nos damos cuenta que al disociar cada vez más la fecundidad y el amor conyugal se tiende a desintegrar la pareja y la cédula familiar. Y se vislumbra perfectamente en el horizonte o ambiente, que si la PROCREACION se dejara a la responsabilidad de los sabios, el niño no sería ya fruto de amor, sino un PRODUCTO de la TECNICA.

Y ya que nosotras las Matronas, por esa profesión que escogimos y que está tan directamente unida a la SALUDPUBLICA y EDUCACION MATERNO-INFANTIL en nuestro trabajo de cada día, tanto en el mundo rural como hospitalario, defendemos y aconsejamos a toda mujer gestante: una alimentación sana, que el parto sea normal —preparándola para ello— lactancia materna dentro de la tendencia a que todo el proceso se desarrolle lo más normal y ecológicamente posible, es de lógica que también defendamos la FECUNDACION NATURAL y que rechacemos la AGRESION del ABORTO PROVOCADO.

¿Es que acaso no hay respuestas más humanas, empezando por la primerísima de la ADOPCION? ¡Muchas son las parejas y niños a los que haría felices esta posibilidad!

RECLAMAMOS que: se AGILICE el que puedan ser adoptados muchos niños retenidos en nuestras Maternidades Españolas. ■

P.D.T.
Barcelona

RENTABILIDAD DE LA EDUCACION MATERNA

EXPERIENCIA CON 24.910
MUJERES PREPARADAS EN LA
SEGURIDAD SOCIAL DE
ZARAGOZA. (ESPAÑA)

Dr. Roncales Mateo

INTRODUCCION

En el año actual de 1984, el nombre genérico de "Educación Materna" engloba un área de trabajo en las Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social, estructuradas en Secciones, que comprenden tres grupos distintos de Técnicas de atención a la gestante y puerpera.

En primer lugar, las técnicas de preparación al parto, basadas en los métodos ya conocidos de Psicoprofilaxis y actualizadas con la Sofropedagogía Obstétrica de los Dres. Aguirre de Cárcer y Caycedo.

En segundo lugar, (a través de la Rehabilitación post parto), conseguir la completa recuperación funcional de las puerperas.

En tercer lugar, una orientación de puericultura y una preparación de la madre para el desarrollo de una buena relación materno filial.

La propia dinámica del desarrollo de cada uno de estos grupos, ha abierto nuevos horizontes a la Educación Materna.

1. De las entrevistas personales, se deriva la posibilidad de establecer un perfil psicológico de la gestante, que sirva de orientación objetiva para el equipo asistencial del parto.

2. El conocimiento de técnicas sencillas de relación, favorece el posterior desarrollo humano de la mujer en todas sus actividades y proporciona al médico, un buen campo de acción en la Ginecología Psicosomática.

3. La buena predisposición de las embarazadas que siguen los cursos de Educación Materna, hace más fácil la realización de encuestas, que nos sirven de valioso material de estudio, y orientación en

temas como Sexología, Planificación Familiar, etc.

4. Los cursos de Puericultura, posibilitan una más amplia colaboración con la Pediatría, tanto en la faceta preventiva como en la educativa; asimismo, la Pedagogía puede desarrollar nuevas técnicas, en las que se tenga más en cuenta la colaboración materna y familiar y la relación materno-filial.

5. El grupo de técnicas de Educación Materna, dirigido a las puerperas, esta enriquecido con la creación desde el año 1976 de las consultas de ORIENTACION FAMILIAR, en las que se asesora sobre temas de Planificación Familiar y Sexología, consultas que son una realidad y un camino a seguir en la Seguridad Social y que facilitan además que la pareja no pierda contacto con el HOSPITAL, ayudando a mentalizar a las mujeres y a sus familiares en un nuevo concepto de MEDICINA PREVENTIVA HOSPITALARIA.

6. Como resultado práctico inmediato vimos la posibilidad de potenciarse mutuamente las diversas Secciones de un Hospital Materno-Infantil. Por ejemplo, una orientación sanitaria correcta sobre Prevención Oncológica, permitió elevar espectacularmente la cifra de estudio de "screening".

A continuación vamos a exponer los resultados obtenidos por la Sección de Educación Materna y Planificación Familiar del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social de Zaragoza. Como tal Sección, de Educación Materna, lleva funcionando desde el año 1972, habiéndose incorporado a ella la Consulta de Orientación Familiar en el año 1976. El motivo de este estudio sólo va a hacer referencia a la actividad desempeñada por la primera, es decir por la Educación Materna.

A lo largo de este tiempo (desde 1 de Enero 1972 al 31 de Diciembre 1982) las gestantes preparadas han sido 24.910, desglosadas de la siguiente forma:

CUADRO Nº I

Nº DE GESTANTES PREPARADAS

1972	1.061
1973	1.445
1974	2.007
1975	2.599
1976	2.849
1977	2.704
1978	2.622
1979	2.529
1980	2.362
1981	2.298
1982	2.434

TOTAL 24.910

En el cuadro siguiente vemos el número de partos habidos en la Maternidad en el mismo período de tiempo.

CUADRO Nº II

Nº DE PARTOS ATENDIDOS

1972	6.773
1973	7.083
1974	7.880
1975	8.040
1976	8.154
1977	7.805
1978	7.445
1979	6.976
1980	6.448
1981	5.889
1982	5.524

TOTAL 78.017

En todas nuestras gestantes preparadas (24.910) hemos realizado una historia susceptible de tratamiento en Ordenador. Para confenccionar este trabajo, dada la imposibilidad de estudiar todas las historias, hemos procesado 5.000 de ellas, elegidas al azar, (aproximadamente un 25%), cifra que estimamos muy significativa de muestreo total.

Los resultados obtenidos de este tratamiento informativo, van a ser comparados con las cifras GLOBALES de esta Maternidad.

CUADRO Nº. III

Nº. total de partos	78.017	
Nº. total de mujeres preparadas.	24.910	31.92%
Nº. total de primiparas	29.646	
Nº. total de primiparas preparadas	17.684	59,65%

Observando estos cuadros vemos que el 31,92% del total de los partos de la Maternidad son mujeres PREPARADAS, la cifra es mucho más elocuente si la referimos al porcentaje entre primiparas, que llega al 59,65%, dato en el que hay que tener en cuenta el hecho, de que muchos de ellos son aún controlados en su gestación por Servicios no Jerarquizados y que hay muchos embarazos de medio rural, que no pueden asistir a los Cursos a pesar de sus deseos, problemas que nos preocupan en la actualidad a nivel provincial.

Expondremos ahora los resultados obtenidos en cuanto hacen referencia a la RENTABILIDAD obtenida por la Educación Materna para la Seguridad Social.

Deliberadamente destacamos el aspecto puramente numérico de nuestra actividad, por ser aquel, en el que se pueden objetivar mejor los resultados y su valoración económica. En cuanto a los beneficios de orden social y educacional son menos tangibles, pero pensamos son aún más importantes para la Sociedad.

En el aspecto concreto de lo médico, creemos que la Educación Materna, representa el adecuado contrapunto de humanismo, para el exceso mecanicista en la asistencia médica de la embarazada y el único camino para poder conseguir un parto individualizado, en las grandes Maternidades.

EVALUACION NUMERICA

En la actualidad han sido asistidas ya en Maternidad 24.910 mujeres preparadas, ofreciendo a continuación el estudio realizado con 5.000 historias de dichas mujeres, elegidas al azar y estableciendo su relación con los datos generales de la Maternidad, en el mismo período de tiempo. Teniendo en cuenta que el hecho de haber sido prepara-

das, no condiciona ninguna diferencia en el módulo asistencial de los partos, dependiendo las diferencias existentes, del mejor comportamiento de la embarazada y mejor progresión del parto en la misma. Teniendo además en cuenta, que, el porcentaje de primiparas es significativamente mayor que el general de la Maternidad, siendo por consiguiente partos con mayor dificultad general, y que van a condicionar la pauta de la conducta materna en los embarazos y partos sucesivos.

Los resultados los desglosamos en:

- A) Duración y alivio del parto
- B) Morbilidad materna
- C) Morbilidad fetal. Prematuridad
- D) Mortalidad Fetal
- E) Rentabilidad.

A) 1. DURACION DEL PARTO

Hemos tenido un 71% de partos **MUY BREVES**, con estancias en las salas de dilatación, inferiores a 6 horas, resultando por tanto más apreciable, cuanto que hay un elevado número de primiparas, y de ellas el 93% mayores de 35 años.

Esta abreviación del parto se cumple tanto en el período de dilatación, como en el expulsivo, ya que solo 295 de los partos sobrepasaron los 30 minutos de expulsivo en los paritorios (5,9% comparados con el 7,3% de la cifra general). Ello permite una rotación más rápida y mejor aprovechamiento de las áreas de dilatación y paritorios.

2. ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO

Hemos recurrido a una valoración subjetiva y a otra objetiva.

La subjetiva es la impresión de la propia mujer dada por escrito después de un parto y que recogido en un volumen aparte nos da la excelente acogida que la Educación Materna tiene entre las embarazadas, lo cual nos anima a seguir en nuestro esfuerzo.

Más racional es la valoración objetiva, en la que voluntariamente nos hemos mostrado muy severos, ya que pensamos, que es necesario un criterio muy equilibrado para dar su justo valor a este efecto de indolorización en el parto, evitando triunfalismos, perjudiciales a la larga al método.

* **Partos Indoloros.**— Así valoramos sólo aquellos en que la mujer ha manifestado no haber notado ninguna sensación molesta o de agotamiento, no habiendo tenido que emplear en ningún momento ningún agente farmacológico. Han sido el 10% de los partos (3% del índice general).

* **Partos perfectamente soportables.**— Entendemos son aquellos en que la mujer no ha notado sensaciones dolorosas que no se aliviaran con la respiración y la relajación, habiendo notado una sensación de cansancio perfectamente soportable. En este parto se han empleado en ocasiones analgésicos suaves. Han sido un 42% de los partos (22% en el índice general).

* **Partos muy soportables.**— Entendemos son aquellos en que las sensaciones dolorosas han sido sólo al final de la dilatación y en el período expulsivo, permaneciendo en el parto la mujer despierta, perfectamente controlada y en disposición de colaborar. Han sido un 31% de los partos (21% en el índice general).

Como vemos entre estos tres apartados se recogen las mujeres en las que la Educación Materna ha prestado una ayuda eficaz en el alivio del parto, variando la indolorización conseguida según una escala dinámica. Vemos que han sido un 83% de las mujeres.

En 52 casos se aconsejó a la paciente que convenía anestesia general, (aunque ella manifestase que aún controlaba su parto), por evitar un agotamiento total físico y mental.

Sólo 185 casos, el 3,7% han sido completamente incontrolables y pensamos que no se puede reducir mucho este porcentaje. El desarrollo de las técnicas para medir el grado de aceptación del Embarazo y el estudio psicológico de la gestante permitiera detectar precozmente, muchos de estos casos, para intentar corregir este psiquismo negativo, individualizar la asistencia en el parto, e incluso aconsejar una posterior psicoterapia.

B) MORBILIDAD MATERNA

Para medir de una forma objetiva la morbilidad materna hemos empleado, los siguientes índices, comparándolos con la estadística general de la Maternidad:

1. Distocias
2. Episiotomias complicadas en su cicatrización.

3. Número de transfusiones.

4. Días de estancia.

1. Distocias.— (Medidas por intervenciones instrumentales).

Desglosando las mismas según vemos en los cuadros siguientes.

(Cuadro IV: Cesáreas; Cuadro V: Ventosas; Cuadro VI: Forceps)

CUADRO N^o. IV

CESAREAS

1972	3,41%
1973	2,62%
1974	2,33%
1975	3,02%
1976	3,95%
1977	4,43%
1978	5,73%
1979	6,59%
1980	5,58%
1981	5,39%
1982	6,30%
Media de la Maternidad	4,48%
Media en las mujeres preparadas	3,10%

CUADRO N^o. V

VENTOSAS

1972	7,21%
1973	5,39%
1974	4,01%
1975	5,79%
1976	5,59%
1977	5,00%
1978	5,89%
1979	6,39%
1980	6,06%
1981	5,46%
1982	4,47%
Media de la Maternidad	5,56%
Media en las mujeres preparadas	3,92%

CUADRO N^o. VI

FORCEPS

1972	4,75%
1973	1,59%
1974	1,26%
1975	1,50%
1976	1,88%
1977	1,49%
1978	1,20%
1979	0,98%
1980	0,86%
1981	1,30%
1982	1,28%
Media de la Maternidad	1,64%
Media en las mujeres preparadas	0,86%

CUADRO N^o. VII

N^o. DE TRANSFUSIONES

1972	2,83%
1973	4,78%
1974	2,98%
1975	2,97%
1976	2,98%
1977	2,99%
1978	2,86%
1979	3,74%
1980	3,64%
1981	3,71%
1982	4,00%
Media de la Maternidad	3,40%
Media en las mujeres preparadas	2,14%

CUADRO N^o. VIII

DIAS DE ESTANCIA MEDIA

1972	3,58%
1973	3,72%
1974	3,47%
1975	3,55%
1976	3,50%
1977	3,92%

1978	4,23%
1979	4,15%
1980	4,28%
1981	4,42%
1982	4,56%
Media de la Maternidad	3,94%
Media en las mujeres preparadas	3,12%

2. Número de episiotomías complicadas

Sólo 127 de las episiotomías efectuadas han presentado signos de inflamación, hematoma, edema o dehiscencia, habiendo requerido una atención especial. No se registra ningún desgarro de tercer grado (0,7% en la estadística general).

La paciente preparada esta educada para hacer respiración haletante al final del expulsivo, sin esfuerzos bruscos evitando los desgarros y prolongaciones innecesarias de las episiotomías.

3. Número de transfusiones

Este dato es valioso porque la actuación del médico y la valoración de los hematocritos, durante la hospitalización de la puerpera se hacen sin saber si la mujer ha sido preparada o no.

Las cifras que podemos ver en el Cuadro VII, hacen referencia al número de mujeres transfundidas y no a la cantidad.

Observando los datos reflejados en los Cuadros vemos que el menor número de intervenciones, disminuye los desgarros de cuello y vagina, factores que hacen menor la pérdida hemática de la madre.

4. Días de estancia.

El 85% de las puerperas tienen estancias de 3 días, pero repetimos la consideración anterior de que la vigilancia de los puerperios es idéntica para todas las parturientas de la Maternidad y que estas cifras favorables que vemos en el cuadro VIII reflejan una menor morbilidad en las mujeres preparadas (el % general en TOCOLOGIA es de 3,94 días, de estancia, pero se incluyen los ingresos por legados y por patología de embarazo).

C. MORBILIDAD FETAL. PREMATURIDAD

Las mismas consideraciones de que la Educación

Materna ayuda a evitar las complicaciones yatrogénicas en el parto y disminuye el número de intervenciones en la madre, se puede aplicar a la morbilidad fetal con mayor motivo aún.

En el grupo de 5.000 mujeres preparadas y motivo de este estudio, medimos la morbilidad infantil por cualquier concepto, excepto los prematuros que están considerados aparte, pero que también se incluyen en el cuadro que vemos.

D. MORTALIDAD FETAL

Sabemos que en los estudios R.E.P. (Racionalización Elecciones Presupuestarias) del Ministerio de Sanidad Francés, para reducir la mortalidad perinatal, como índice más fiel del grado de desarrollo de un país, uno de los programas elegidos fue el de aumento del número de consultas en las gestantes.

En nuestro grupo las mujeres acuden una media de 6,3 veces por gestación, contra 4,7 de la general, pero creemos además que saben valorar mucho mejor los casos en que deben acudir a los servicios de urgencia, pues se ve que sólo un 12% de ellas son enviadas a domicilio por no haber motivo de ingreso, mientras que este porcentaje es del 19% en general, es decir, que lo que mejora es más que nada la calidad de la motivación para acudir.

CUADRO Nº. IX

MORBILIDAD Y PREMATURIDAD

	Morbilidad	Prematuridad	Total %
1972	6,22%	2,84%	9,06%
1973	6,86%	3,10%	9,96%
1974	6,10%	2,88%	8,98%
1975	4,31%	2,21%	6,52%
1976	6,22%	3,44%	9,66%
1977	6,92%	4,89%	11,81%
1978	5,02%	5,29%	10,31%
1979	6,46%	4,19%	10,65%
1980	6,86%	3,90%	10,76%
1981	9,37%	4,01%	13,38%
1982	9,40%	4,10%	13,50%
MEDIA TOTAL DE LA MATERNIDAD:			10,41%
MEDIA TOTAL EN LA MUJER PREPARADA:			8,83%

CUADRO Nº. X

MORTALIDAD FETAL

1972.....	22,01%
1973.....	19,77%
1974.....	14,52%
1975.....	14,16%
1976.....	13,12%
1977.....	17,05%
1978.....	15,04%
1979.....	15,00%
1980.....	13,33%
1981.....	18,33%
1982.....	10,40%

MEDIA DE LA MATERNIDAD: 15,70%

MEDIA EN LAS MUJERES PRE-

PARADAS: 12,38%

E. RENTABILIDAD

Como síntesis de la EVALUACION DE RESULTADOS, vamos a estudiar brevemente la rentabilidad de la Educación Materna.

Como premisa, consideramos que la rentabilidad no se logra a través de una conducta obstétrica excesivamente cauta, y del sufrimiento de las madres.

Su opinión en cada caso concreto queda libremente expresada por escrito y es un apoyo valiosísimo para nuestras ideas. Asimismo, hemos de tener en cuenta que las normas de asistencia, han sido las generales de la Maternidad y que todos los tocólogos de la plantilla, por su rotación han intervenido en la asistencia, siendo la colaboración de la madre, la única causa de la disminución de las distocias. A este respecto hay que resaltar que en 2.820 casos (56'40%), se ha empleado un gotero occitocico, lo que representa una activa conducta obstétrica.

La RENTABILIDAD, la estudiamos en el doble aspecto de Rentabilidad Económica y Rentabilidad Social.

1. Rentabilidad Económica.—

- * Marcada por una disminución del promedio de estancias en el puerperio y del tiempo de permanencia en Salas de Dilatación y Partitorios.
- * Menor consumo de farmacia (medicamentos,

sangre, etc.) derivado de la disminución de intervenciones y de complicaciones puerperales.

2. Rentabilidad Social.—

* SUBJETIVA

4.380 mujeres piensan que la Educación Materna las ha ayudado mucho.

535 mujeres piensan que la Educación Materna las ha ayudado algo.

85 mujeres piensan que la Educación Materna no las ha ayudado nada.

* OBJETIVA

DISMINUCION MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL lo que por su importancia no precisa comentario alguno.

RESUMEN

Los autores evalúan los resultados obtenidos en 11 años de trabajo en la Sección de Educación Materna y Orientación Familiar del Departamento de obstetricia y Ginecología de la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social de Zaragoza (España).

En esta Ciudad de 600.000 habitantes se han preparado 24,910 mujeres embarazadas, que representan el 31'92% de todos los partos habidos y el 59'65% de las primiparas que dan a luz en dicho Centro, que con una media de 7.000 partos/año es el mayor de la Ciudad.

Resaltan los resultados obtenidos tanto a nivel de indolorización en el parto y satisfacción subjetiva de la mujer como en la rentabilidad directa obtenida a través de una disminución de la estancia media en el grupo considerado, y de la mejora de la morbilidad materno-infantil. ■

EQUIPO DE TRABAJO DE LA

Sección de Educación Materna

y Orientación Familiar

Hospital Maternal "Miguel Servet"

50009 ZARAGOZA

influencia del embarazo en el estado psicoafectivo del hombre

La paternidad ha recibido en los últimos años una atención creciente en sus aspectos psicológicos. Esta atención se ha focalizado en las relaciones padre-hijo (Ross, 1979) y en el impacto de las diversas formas de paternidad en el desarrollo del niño.

Actualmente hay una tendencia a ver el embarazo como un período de stress para el hombre. Así han aparecido en la literatura varios artículos relativos al stress, pudiendo citar entre otros: Jaffe (1968), Jessner et al. (1970) y Coley and James (1976). En ellos se habla de:

- Reparación de experiencias preedípticas.
- Reparación de fantasías infantiles acerca de la concepción y el embarazo, y miedos relativos a ellos, tales como miedo a la castración o miedo a dañar a la mujer y al niño durante el acto sexual.
- Reparación de deseos de reproducción infantiles frustrados: envidia de la capacidad de la mujer para concebir y parir niños, identificación con la mujer, incluyendo síntomas somáticos, y activación de las defensas fálicas contra esta identificación.
- Reparación de complejos edípicos: sensación de competencia con el afecto de la mujer hacia el niño.
- Neurosis sobre la posible fuerza de unión que el niño representa en un matrimonio infeliz, cerrando toda posibilidad de escape.
- Miedo de no encontrar la presencia y apoyo

de la mujer, aumento de la responsabilidad familiar, ansiedades financieras, etc.

Garzi y Berman (1981) estudiaron un grupo de 55 padres encontrando que en los últimos meses de embarazo tenían mayores niveles de ansiedad, tanto abierta como encubierta. Esta ansiedad era debida principalmente al miedo que experimentaban hacia un potencial peligro, para la madre o el niño, en el momento del parto.

En nuestro estudio hemos querido ver un aspecto nuevo de la cuestión: cómo varía la conducta sexual del hombre durante el embarazo y en base a qué factores.

Material y Métodos

Se han estudiado un grupo de 105 hombres, con una edad media de 29.86 años. Todos ellos respondieron a un cuestionario que se les proporcionó al final del III trimestre de gestación de su pareja. No se tuvo en cuenta, para la valoración de los resultados, el número de hijos que tenían. En el test se valoró:

- Deseo de gestación por parte del hombre.
- Apetencia sexual del hombre hacia su pareja, antes y durante el embarazo.
- Atractivo físico de su mujer, antes y durante el embarazo.
- Miedo a provocar un aborto durante el acto sexual.

- Miedo a lesionar el niño durante el acto sexual.
- Miedo a lesionar a la mujer durante el acto sexual.
- Frecuencia de las relaciones sexuales, valoradas en cuanto a disminución de las mismas por falta de apetencia tanto de la mujer como del hombre.
- Frecuencia de masturbación antes y durante el embarazo.
- Dificultad en la erección durante el embarazo.
- Dificultad en la eyaculación durante el embarazo.

Resultados

1. Un 23,80% de los hombres entrevistados disminuyeron la frecuencia de las relaciones sexuales por falta de apetencia de ellos y un 52,38% por inapetencia de la mujer (Tabla I).
2. El 17,14% de los varones se masturbaban con más frecuencia que antes del embarazo y el 82,86% con igual frecuencia.
3. Apareció un 9,52% de los varones con más dificultades en la erección que antes del embarazo, mientras que un 90,48% no refirieron cambios.
4. Mayor dificultad en la eyaculación se observó en un 11,43%, el 88,57% no experimentaron cambios durante el embarazo (Tabla II).

Al estudiar los factores que pueden haber influido en los cambios expuestos, se observó:

- A– Deseo de gestación: El 65,71% de los hombres deseaban el embarazo y el 34,29% no lo deseaban. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el deseo de gestación y la frecuencia de las relaciones sexuales, la masturbación y las dificultades en la erección y la eyaculación.
- B– Atractivo físico hacia su mujer: Se vio que un 64,76% consideraban que éste era igual que antes del embarazo; un 21,90% creían que había mejorado y sólo un 13,34% consideraban que era peor que antes. Tampoco aquí se encontraron diferencias significativas entre el

atractivo físico y la conducta sexual.

C– Miedo (Tabla III), relativo a:

- provocar un aborto: Se vio en el 39,04% de los casos,
- lesionar a la madre: Se vio en el 42,86% de los casos.
- lesionar al feto: Se vio en el 46,67% de los casos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre cada uno de estos tipos de miedo y la frecuencia de las relaciones sexuales, la masturbación, la erección y la eyaculación. Si se encontraron diferencias significativas ($p < 0.001$) entre el miedo a lesionar al niño y la dificultad en la eyaculación, en el sentido de que entre los individuos que tenían dificultades de eyaculación era más frecuente el miedo a lesionar al niño.

Entre el miedo a lesionar a la madre y a lesionar al niño se encontraron diferencias significativas ($\chi^2 = 35.15$ y $p < 0.0001$). Esto equivale a decir que cuando aparece uno de estos miedos lo más probable es que aparezca también el otro.

Entre los individuos que presentaban conjuntamente los tres tipos de miedo la frecuencia de las relaciones sexuales disminuyó de forma estadísticamente significativa ($\chi^2 = 6.79$ y $p < 0.001$). Tabla IV.

En conclusión, de los datos obtenidos por nosotros se desprende que existe una tendencia a disminuir la frecuencia de las relaciones sexuales durante el embarazo, tanto por falta de apetencia del hombre como de la mujer. Asimismo se observa que un pequeño porcentaje de los hombres presentan dificultades en la erección y la eyaculación con mayor frecuencia que antes del embarazo; y también que aumenta la frecuencia de masturbación.

No parece que el atractivo físico hacia la mujer y el deseo o no de gestación influyan en la conducta sexual. La variación de la conducta sexual sólo parece ser atribuida a un miedo global a producir alguna lesión al niño o a la madre o a provocar el aborto.

REVISION DE LA LITERATURA

- REAPARICION DE EXPERIENCIAS PRE-EDIPICAS.
- REAPARICION DE FANTASIAS INFANTILES ACERCA DE LA CONCEPCION Y EL EMBARAZO.
- REAPARICION DE DESEOS FRUSTRADOS DE REPRODUCCION.
- REAPARICION DE EXPERIENCIAS EDIPICAS NO RESUELTAS.
- NEUROTIZACION RESPECTO A LA FUERZA DE UNION DE LA PAREJA DEBIDA AL NIÑO.
- RESPONSABILIDAD FAMILIAR.

TABLA I

DISMINUCION DE LA FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES

	SI	NO
Por falta de apetencia del hombre	23,80%	76,20%
Por falta de apetencia de la mujer	52,38%	47,62%

TABLA II

CAMBIOS EN LA CONDUCTA SEXUAL

	AUMENTA	IGUAL
FRECUENCIA MASTURBACION	17,14%	82,86%
DIFICULTAD ERECCION	9,52%	90,48%
DIFICULTAD EYACULACION	11,43%	88,57%

TABLA III

MIEDOS EXPERIMENTADOS DURANTE EL EMBARAZO

	SI	NO
ABORTO	39,04%	60,95%
LESION AL NIÑO	46,67%	53,33%
LESION A LA MADRE	42,86%	57,14%

TABLA IV

RELACION ENTRE EL MIEDO Y LA FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES

		Disminucion de la frecuencia	
		SI	NO
MIEDO	SI	9	17
	NO	4	39

$$\chi^2 = 6.79 \text{ (P < 0.001)}$$

Coll C.; Otero A., Sebastiá G. y Vallés A. (Barcelona). Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de Barcelona.

Estudio de resultados obstetricos, comportamiento y cambios de actitud de la gestante hacia el parto, utilizando diferentes métodos de «entrenamiento sofrológico»

Gloria Sebastián
Vicenç Cararach
Joan Sentis
J. García-Sevilla
Toni Valles
Gemma March

INTRODUCCION

Desde el año 1976 en que empezó a funcionar la UNIDAD DE EDUCACION MATERNAL del Hospital Clínico de Barcelona, se han utilizado en los "Cursos de Preparación Maternal" métodos y técnicas sofrológicas de entrenamiento para la gestante y puerpera, así como ejercicios de gimnasia y clases teóricas.

Hasta 1983 el entrenamiento psico-físico de la gestante consistía en gimnasia prenatal y como técnica sofrológica la "Sofronización Simple" (S.S.) y la "Sofroaceptación progresiva" (S.A.P.).

A partir de Enero de este mismo año se empezó a utilizar los ejercicios prenatales como Activación intrasofrónica (A.I.S.) y de una manera progresiva se fue introduciendo la RELAJACION DINAMICA DE CAYCEDO.

A lo largo de estos años se han utilizado en el dto. métodos de estudio para valorar los efectos de la Preparación Maternal utilizando siempre un grupo control comparativo de mujeres que no seguían los CURSOS.

PROPOSITOS

El presente trabajo trata de comparar los efectos de los diferentes métodos y técnicas sofrológicas utilizados en los CURSOS DE PREPARACION en relación a:

DURACION, ANESTESIA Y TIPO DE PARTO, PH DE ARTERIA Y VENA UMBILICAL TEST DE APGAR, COMPORTAMIENTO DE LA MUJER EN EL PARTO, EL CONFLICTO DE ATRACCION/EVITACION, SENSACION DOLOROSA Y REALIDAD/EXPECTACION HACIA EL PARTO.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó entre tres grupos de mujeres que pertenecían a la Seguridad Social y que habían dado a luz en el Hospital Clínico de Barcelona.

Consideramos como:

GRUPO CONTROL CG.— Gestantes que no habían seguido ningún tipo de Cursos de Preparación Maternal.

GRUPO I DE PREPARACION.— Gestantes que seguían los CURSOS utilizando como entrenamiento GIMNASIA, SOFRONIZACION SIMPLE Y SOFROACEPTACION PROGRESIVA.

GRUPO II DE PREPARACION.— Gestantes pertenecientes a los CURSOS utilizando como entrenamiento GIMNASIA COMO ACTIVACION INTRA-SOFRONICA, Y RELAJACION DINAMICA DE CAYCEDO III GRADO ADAPTADA A LA GESTANTE.

En cuanto a la DURACION, ANESTESIA, TIPO DE PARTO; PH DE ARTERIA Y VENA UMBILICAL y test de apgar, se han comparado 47 mujeres pertenecientes al GC., 50 del GRUPO I y 49 del GRUPO II, siendo la paridad y los centímetros de llegada al hospital similares en los tres grupos.

El estudio del COMPORTAMIENTO se ha realizado sobre la valoración hecha por la propia mujer, basándose en los parámetros de COMPORTAMIENTO MUY BUENO; BUENO; REGULAR Y MALO, y la efectuada por el personal asistencial, siendo este totalmente independiente de la plantilla de Educación Maternal. La valoración en este caso se ha basado en una puntuación del 1 al 3 en el período de dilatación y del 1 al 4 en el período expulsivo, según la actitud y colaboración de la mujer, diferenciando en el período de dilatación una I FASE de (3 a 5 cm.) y una II FASE de (5 a completa).

El estudio de la vivencia del conflicto de atracción/Evitación se ha realizado a través del diferencial semántico como vemos en la tabla: EL PARTO ES:

La realidad/espectación hacia el parto ha sido basada en una puntuación del 1 al 3 según:

Su parto ha sido:

- 1) Como lo esperaba
- 2) Mejor de lo que esperaba
- 3) Peor de lo que esperaba

Vemos los parámetros de la SENSACION DOLOROSA en la tabla siguiente:

¿Cómo calificaría Vd. la sensación dolorosa durante el parto?

PARTO SIN DOLOR

Ausencia total de sensación dolorosa, la contracción es considerada, a lo sumo, como molestia.

PARTO MUY SOPORTABLE

El parto ha sido soportado perfectamente, dos o tres contracciones intensas pueden admitirse dentro de esta categoría.

PARTO SOPORTABLE

La sensación dolorosa ha sido intensa en bastantes contracciones (de 1 a 20).

PARTO DIFICILMENTE SOPORTABLE

La sensación dolorosa ha sido intensa en la mayoría de las contracciones.

PARTO NO SOPORTABLE

La parturienta recuerda su parto con sensación dolorosa no soportable.

RESULTADOS

Comparando la valoración efectuada en cuanto a la DURACION DEL PARTO. No hemos hallado diferencias significativas, según (T de Student) entre: CG.—GI DE P. $t = 0.38$

Si encontramos diferencias significativas entre:

GC.— GII DE P. $T = 3.15$

GI DE P.— GII DE P. $t = 3.82$

En cuanto al tipo de ANESTESIA, vemos en la tabla como a través de la prueba "chi cuadrado" hay diferencias significativas entre los tres grupos $p < 0.0001$

Comparando entre grupos vemos que también existen diferencias entre ellos:

ANESTESIA

	G.C.	G.1	G.2
Local	13	30	34
General	18	12	3
Loco-Regional	16	8	11
TOTAL	47	50	48

$$X^2 = 23.0992 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.0001$$

Comparación entre grupos

G.C. — G.1	$X^2 = 10.505$	D.S.	$p < 0.006$
G.C. — G.2	$X^2 = 21.01$	D.S.	$p < 0.0001$
G.1 — G.2	$X^2 = 6.085$	D.S.	$p < 0.05$

No hemos encontrado D.S. en el TIPO DE PARTO comparando GI DE P. y GII DE P. pero si hay D.S. entre:

GI DE P. — GC.

GII DE P. — GC. siendo este último más significativo.

En el estudio del PH de arteria y vena umbilical hemos encontrado D.S. en el PH de arteria entre:

GC. — GII DE P.

No siendo significativa la diferencia entre el resto de los grupos como vemos en la tabla:

pH. A. U.

$$\text{G.C. } n = 44 \quad \bar{x} = 7.228 \quad S^2 = 0.005 \quad S = 0.0707$$

$$\text{G.1 } n = 50 \quad \bar{x} = 7.2506 \quad S^2 = 0.0046 \quad S = 0.0680159$$

$$\text{G.2 } n = 46 \quad \bar{x} = 7.2650 \quad S^2 = 0.0025 \quad S = 0.0500999$$

Diferencias entre grupos:

G.C. — G.1	$t = 1.57$	N.S.
G.C. — G.2	$t = 2.85$	D.S. $p < 0.01$
G.1 — G.2	$t = 1.18$	N.S.

pH. V. U.

$$\text{G.C. } n = 45 \quad \bar{x} = 7.3184 \quad S^2 = 0.0076088$$

$$\text{G.1 } n = 45 \quad \bar{x} = 7.3224 \quad S^2 = 0.0023234$$

$$\text{G.2 } n = 45 \quad \bar{x} = 7.301 \quad S^2 = 0.0034282$$

Diferencia entre grupos:

G.C. — G.1	$t = 0.269$	N.S.
G.C. — G.2	$t = 1.104$	N.S.
G.1 — G.2	$t = 1.88$	N.S.

No se han hallado diferencias significativas con respecto a la SENSACION DOLOROSA en los grupos estudiados.

En cuanto al COMPORTAMIENTO DURANTE EL PARTO valorado por la propia mujer, se han encontrado D.S. entre los dos grupos de preparadas y estudiando el COMPORTAMIENTO a través de la valoración del equipo asistencial vemos en la TABLA que hay D.S. en la 1ª FASE DE DILATACION y entre los grupos de PREPARACION y GRUPO CONTROL.

DILATACION (< 5 cm.)

TOTAL

	G.C.	G.1	G.2
No colabora	19	3	1
Regular	7	10	3
Colabora	9	21	28

$$X^2 = 38.2 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.0001$$

Comparación entre grupos:

G.C. — G.1	$X^2 = 16.9$	D.S.	$p < 0.0002$
G.C. — G.2	$X^2 = 27.4$	D.S.	$p < 0.0001$
G.1 — G.2	$X^2 = 5.7$	N.S.	—

Estudiando por separado las NULIPARAS se mantienen las diferencias en esta 1ª FASE DE DILATACION entre los mismos grupos como vemos en la tabla siguiente:

DILATACION (< 5 cm.)

NULIPARAS

	G.C.	G.1	G.2
No colabora	16	2	1
Regular	5	10	3
Colabora	5	18	22

$$X^2 = 37.73 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.0001$$

Comparación entre grupos:

$$\text{G.C.} - \text{G.1} \quad X^2 = 19.7 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.0001$$

$$\text{G.C.} - \text{G.2} \quad X^2 = 24.4 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.0001$$

$$\text{G.1} - \text{G.2} \quad X^2 = 4.2 \quad \text{N.S.} \quad \text{—}$$

En la 2ª FASE DE DILATACION vemos en la TABLA que existen D.S. entre los tres grupos:

DILATACION (> 5 cm.)

TOTAL

	G.C.	G.1	G.2
No colabora	20	3	1
Regular	16	17	4
Colabora	8	24	46

$$X^2 = 62.52 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.0001$$

Comparación entre grupos:

$$\text{G.C.} - \text{G.1} \quad X^2 = 20.6 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.0001$$

$$\text{G.C.} - \text{G.2} \quad X^2 = 50.9 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.0001$$

$$\text{G.1} - \text{G.2} \quad X^2 = 15.5 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.0005$$

En el estudio de las NULIPARAS en esta 2ª FASE vemos que también hay D.S. entre el total de los grupos con $p < 0.0001$ y se mantienen las D.S. comparando entre grupos, como vemos en la siguiente tabla:

DILATACION (> 5 cms.)

NULIPARAS

	G.C.	G.1	G.2
No colabora	16	2	1
Regular	10	16	4
Colabora	2	17	33

$$X^2 = 58.4 \quad \text{D.S.} \quad \text{D.S.} \quad p < 0.0001$$

Comparación entre grupos:

$$\text{G.C.} - \text{G.1} \quad X^2 = 23.6 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.0001$$

$$\text{G.C.} - \text{G.2} \quad X^2 = 42.7 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.0001$$

$$\text{G.1} - \text{G.2} \quad X^2 = 12.55 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.002$$

En la FASE DE EXPULSIVO existe una D.S. con una $p < 0.0001$ entre el total de los grupos y haciendo comparación entre ellos vemos en la tabla como también existen diferencias:

Comparación entre grupos:

$$\text{G.C.} - \text{G.1} \quad X^2 = 17.7 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.002$$

$$\text{G.C.} - \text{G.2} \quad X^2 = 48.3 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.0001$$

$$\text{G.1} - \text{G.2} \quad X^2 = 14.08 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.003$$

El estudio de las NULIPARAS EN FASE DE EXPULSIVO nos da diferencias significativas en todos los casos como vemos en la TABLA:

EXPULSIVO

NULIPARAS

	G.C.	G.1	G.2
No colabora	10	1	0
Regular	14	12	3
Colabora	1	8	11
Muy colaboradora	2	14	23

$$X^2 = 50.5 \quad \text{D.S.} \quad p < 0.0001$$

Comparación entre grupos:

G.C. - G.1	$X^2 = 22.4$	D.S.	$p < 0.0002$
G.C. - G.2	$X^2 = 42.5$	D.S.	$p < 0.0001$
G.1 - G.2	$X^2 = 9.01$	D.S.	$p < 0.003$

En la valoración del DIFERENCIAL SEMANTICO realizado después del parto, vemos que en la significación connotativa se presenta en primer lugar la EVALUATIVA, en segundo lugar la POTENCIA y en tercer lugar la de ACTIVIDAD, esta característica se mantiene en los tres grupos estudiados, no hallándose D.S. entre ellos.

El estudio del conflicto REALIDAD y ESPERATIVA no muestra diferencias significativas entre los tres grupos.

CONCLUSIONES

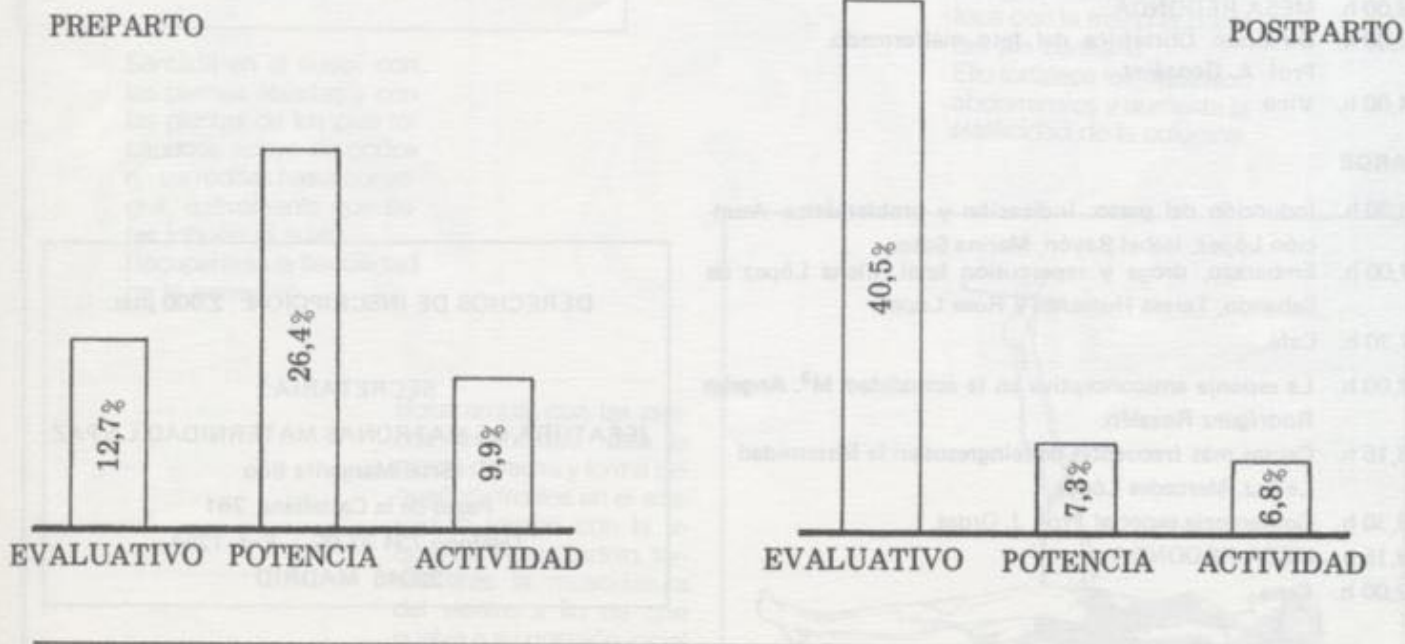
Ante los resultados descritos y teniendo en cuenta que la diferencia esencial entre los dos grupos de PREPARACION es la RELAJACION DINAMICA

DE CAYCEDO EN SU III GRADO, creemos que la inclusión de esta en el entrenamiento de la gestante, beneficia los resultados de la PREPARACION MATERNAL, al influir significativamente en factores tan importantes como son:

Duración del parto, anestesia, PH en arteria umbilical y el comportamiento de la mujer sobre todo en fases avanzadas de dilatación y período expulsivo. Factores que pueden influir a su vez en la MORBIMORTALIDAD MATERNO/FETAL, siendo este uno de los objetivos primordiales de la Obstetricia actual.

Somos conscientes que la muestra estudiada ha sido pequeña y ante los resultados obtenidos, creemos que el estudio de la influencia de la RELAJACION DINAMICA III GRADO adaptada a la gestante, debe ser realizado más ampliamente, ya que puede ser una gran aportación en la Preparación Maternal. ■

% DE LA VARIANCIA TOTAL QUE EXPLICAN LOS DIFERENTES FACTORES



XX Aniversario de la Maternidad "LA PAZ"

Director: Profesor J. A. USANDIZAGA

SYMPOSIUM DE MATRONAS ACTUALIZACION OBSTETRICA Y GINECOLOGICA PARA MATRONAS

ORGANIZA:

JEFATURA DE MATRONAS
DIRECCION DE ENFERMERIA

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

SALON DE ACTOS DE MATERNIDAD LA PAZ

Día 17 de Mayo 1985

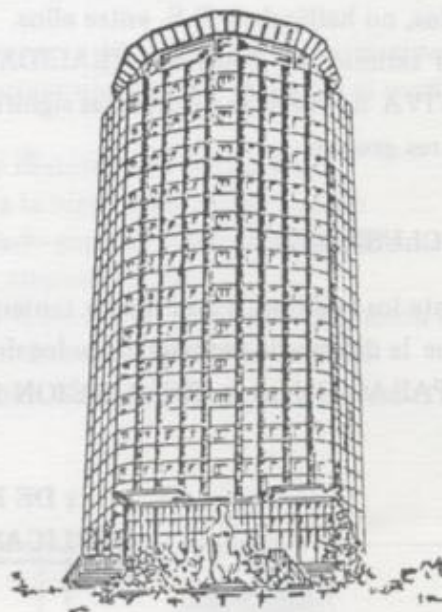
PROGRAMA

MAÑANA

- 9,30 h. Introducción. Prof. J.A. Usandizaga.
9,45 h. Evolución de la atención obstétrica en los últimos veinte años. C. Llorente.
10,00 h. Asistencia integral a la embarazada:
— Introducción Mercedes Sobrino
— Asistencia al embarazo C. Román
— Asistencia al Puerperio Angélica Martín
10,45 h. Café.
11,00 h. Cuatro años de experiencia en Educación Maternal. Auxiliadora Uruñuela.
11,30 h. Ansiedad y temor en el embarazo y parto. Susana Galán.
12,00 h. MESA REDONDA.
13,00 h. Dirección Obstétrica del feto malformado. Prof. A. González.
14,00 h. Vino.

TARDE

- 16,30 h. Inducción del parto. Indicación y problemática. Asunción López, Isabel Bayón, Marina Soto.
17,00 h. Embarazo, droga y repercusión fetal. Elena López de Sabando, Teresa Humanes y Rosa López.
17,30 h. Café.
18,00 h. La esponja anticonceptiva en la actualidad. M^a. Angeles Rodríguez Rozalén.
18,15 h. Causas más frecuentes de reingresos en la Maternidad La Paz. Mercedes López.
18,30 h. Conferencia especial Prof. J. Ordas.
19,15 h. MESA REDONDA.
22,00 h. Cena.



DERECHOS DE INSCRIPCION: 2.000 ptas.

SECRETARIA:

JEFATURA DE MATRONAS MATERNIDAD LA PAZ

Srta. Margarita Boo

Paseo de la Castellana, 261

Teléfono 734 37 00 - Ext. 1254

28046 MADRID

LOS ESTATUTOS DE LA CONFEDERACION INTERNACIONAL DE MATRONAS

Septiembre 1982

TITULO

1. Esta Federación de Asociaciones de Matronas se titulará "CONFEDERACION INTERNACIONAL DE MATRONAS" (llamada de ahora en adelante "la Confederación").

OFICINA CENTRAL

2. La Oficina Central de la Confederación se ubicará en cualquier país conforme lo decida, periódicamente, el Consejo Internacional.

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

3. (i) El objeto de la Confederación será elevar la educación en matronería y la expansión del conocimiento sobre la ciencia y arte de la matronería, con el propósito de mejorar el nivel de cuidado prologado a madres y recién nacidos y a las familias, por todos los países del mundo.

(ii) En apoyo de dichos objetivos, pero no como añadidura o de otra forma, la Confederación, estará dotada de los siguientes poderes:

- a) publicar diarios, monografías, folletos, informes de conferencias, seminarios, charlas, visitas y otros impresos que sean de relevancia para los objetivos de la Confederación. Figurará entre tales publicaciones un boletín periódico editado en los intervalos de tiempo que la Confederación pueda determinar;
- b) preparar grupos de estudio, reuniones, seminarios y conferencias, que puedan ser a nivel local, regional o a escala mundial; y estimular el intercambio internacional de investigaciones, planes de estudio y la práctica en matronería;
- c) proporcionar facilidades para el intercambio de visitas entre miembros de las Asociaciones, individuales o en grupos;
- d) organizar visitas de carácter internacional para hacer que tanto las matronas como otras personas intercambien puntos de vista y se informen sobre materias o temas de interés común;
- e) preparar Congresos Internacionales de Matronas (denominados de ahora en adelante "CONGRESOS") los que, dentro de lo posible, habrán de celebrarse cada tres años o a otros intervalos de tiempo que el Consejo determine y en los países que el Consejo señale;
- f) mantener en la Sede u oficina Central de la Confederación un centro de divulgación e intercambio de información sobre temas de matronería;
- g) invitar a su discreción y en las condiciones que pueda establecer, otras organizaciones o personas a participar en sus actividades;
- h) autorizar a su discreción y en las condiciones que pueda establecer, a matronas para que representen a la Confederación en actividades de otras organizaciones internacionales o nacionales; y
- i) realizar cualesquiera otras actuaciones legales que fueran necesarias para el logro del objetivo de la Confederación.

CALIDADE MIEMBRO O SOCIO

Zonas de la Confederación

4. Los países en los que radiquen las Asociaciones Miembros se agruparán en zonas geográficas conforme lo determine el Consejo de tiempo en tiempo.

Elegibilidad

5. Serán miembros de la Confederación:
- (i) Las Asociaciones de Matronas (denominadas de ahora en adelante "Asociaciones");
 - (ii) En los países donde las matronas y las enfermeras pertenezcan a la misma Asociación o esa sección que representen los intereses de las matronas, podrá convertirse en miembro a condición de que:
 - a) existe una sección de matronería con su propia Presidente;
 - b) las reuniones para manejar los asuntos de la matronería tengan lugar separadamente de aquellas de las enfermeras.

Requisitos para ser Miembro

6. Toda Asociación que solicite hacerse miembro de la Confederación habrá de:

- (i) Hallarse integrada por matronas reconocidas por su respectivo Gobierno u organización profesional, como que son competentes para ejercer la profesión de matrona;
- (ii) mantener completos su unidad, independencia y método de trabajo;
- (iii) comprometerse a pagar las obligaciones económicas en la forma y dentro de los límites de tiempo que haya decidido el Consejo.

Solicitud de afiliación

7. (i) Una Asociación puede solicitar afiliarse a la Confederación presentando por escrito una solicitud en la Secretaría de Administración junto con un ejemplar de sus Estatutos que deben estar en armonía con los de la Confederación.

(ii) La Confederación reserva el derecho de rechazar la calidad de miembro para cualquier motivo creando conflicto con los intereses de la Confederación.

(iii) Cualquier Asociación rechazada en la calidad de miembro tendrá derecho de apelar ante el Consejo Internacional.

Suspensión de Derechos de las Asociaciones

8. Cualquier Asociación que se halle en retraso de pagos de sus contribuciones pecuniarias para la Confederación, por un periodo de tiempo que fijará el Consejo Internacional, podrá ser suspendida de sus derechos de afiliación por parte de la Junta Directiva, sujeto a confirmación por parte del Consejo Internacional.

Periodo de Suspensión y yacencia de las Asociaciones

9. (i) La Junta Directiva, sujeto a ratificación por parte del Consejo Internacional, puede en cualquier momento estimar que el carácter de miembro de cualquier Asociación queda suspendido siempre que se percione que, tras debida consulta con la Asociación interesada, la actitud, actuación o línea de conducta de dicha Asociación es causa de desdoro a la reputación o intereses de la Confederación o de descrédito a la profesión de matrona. La suspensión no puede basarse en motivos de carácter filosófico, religioso o político.

(ii) No se devengarán atrasos de pagos de contribución por derechos de afiliación durante todo el tiempo que la calidad de miembro de una Asociación se halle yacente o en suspensión.

Notificación de la Suspensión de Derechos o Suspensión de carácter de miembro y Derecho de Apelación

10. (i) La notificación de suspensión de derecho o yacencia de la calidad de miembro se enviará inmediatamente por correo a la última dirección que se tenga registrada de la Asociación afectada.

(ii) Cualquier Asociación que recibiere tal notificación podrá pedir a la Junta Directiva que reconsidere su decisión y tendrá derecho de apelar ante el Consejo Internacional.

(iii) Toda apelación de una decisión de la Junta Directiva será objeto del primer orden del día a tratar en la próxima reunión del Consejo Internacional.

Terminación de la condición de miembro

11. Puede una Asociación dar por terminada su afiliación mediante notificación por escrito dirigida a la Secretaría de Administración. Si su afiliación se termina así, abonará los derechos de afiliación por todo el año en que se haga efectiva tal determinación.

CREENCIA DE LA CONFEDERACION

12. Los asuntos de la Confederación serán llevados por:

- (i) El Consejo Internacional
- (ii) El Comité Ejecutivo
- (iii) La Junta Directiva
- (iv) La Secretaría

EL CONSEJO INTERNACIONAL

13. La autoridad que en última instancia habrá de dirigir la línea de conducta y administración de los asuntos de la Confederación será el Consejo Internacional (llamado de ahora en adelante "EL CONSEJO").

Su composición

14. El Consejo estará formado por:
- (i) las Oficiales de la Confederación, como de ahora en adelante se definan;
 - (ii) las Representantes Regionales, como de aquí en adelante se definan;
 - (iii) las delegadas de cada Asociación miembro de la Confederación, cuyo número (de tales delegadas) será determinado por el Consejo. El número de delegadas de una Asociación será en añadidura a las Oficiales de la Confederación y Representantes Regionales, cuando ellas sean miembros de esa misma Asociación.

Nombramiento de Delegadas

15. Las organizaciones nacionales habrán de modificar a las Oficinas de la Sede Central, al menos con cuatro semanas de anticipación a la fecha de reunión del Consejo, los nombres de sus delegadas.

Reuniones

16. (i) Se celebrará una asamblea del Consejo con ocasión de cada Congreso y en cualesquiera otras fechas que los miembros del Consejo determinen.

(ii) La Junta Directiva podrá convocar a una reunión extraordinaria del Consejo en cualquier momento para considerar un asunto de importancia urgente.

(iii) Todas las matronas que pertenezcan a una Asociación Miembro serán elegibles para asistir a las reuniones del Consejo. Solo las que son delegadas oficiales, las Oficiales y las Representantes Regionales de la Confederación tendrán derecho de voz y voto.

Comunicados

17. La Secretaría de Administración comunicará a todas las Asociaciones las fechas y lugar de la próxima reunión del Consejo, tan pronto como estos hayan sido determinados.

Asuntos a tratar en la reunión del Consejo

18. A la asamblea del Consejo competará entre otras cosas:

- (i) Estudiar las apelaciones de la cláusula 10.
- (ii) Atender las solicitudes de afiliación.
- (iii) Considerar el informe de la Junta Directiva sobre las actividades y asuntos de la Confederación desde la reunión anterior.
- (iv) Aprobar el Estado de Cuentas y el Balance certificados por los Contadores de la Confederación, relativos a los ejercicios financieros de los años anteriores y a cualquier periodo precedente con respecto al cual algún Estado de Cuentas y Balance no hubieran recibido la aprobación del Consejo.
- (v) Aprobar el presupuesto para el próximo ejercicio financiero, así como una proyección de las finanzas para los años siguientes presentado por la Junta Directiva.
- (vi) Estudiar los asuntos propuestos por la Junta Directiva, el Comité Ejecutivo o las Asociaciones Miembros.
- (vii) elegir las Oficiales y las Representantes Regionales del Comité Ejecutivo.
- (viii) Nombrar los contables externos; y.
- (ix) Debatir, aprobar, rechazar o corregir resoluciones sobre temas profesionales presentados por las Asociaciones Miembros.

Quorum

19. El quorum necesario para una reunión de

Consejo será un tercio del número total de delegados con derecho a voto. Si no se hallare presente el quorum necesario dentro de treinta minutos a partir de la hora señalada para tal reunión, dicha reunión se aplazará para el mismo sitio y para la fecha y hora que la mayoría de los miembros presentes decidan.

La Presidenta

20. La Presidenta de la Confederación, o en su ausencia la Presidenta inmediatamente anterior, la Vicepresidenta, o en su ausencia de estas, la Directora de la Junta Directiva, o, a falta de todas ellas, un miembro elegido por la asamblea será quien presida la reunión del Consejo.

La votación

21. (i) Todas las decisiones que se tomen en la reunión del Consejo serán adoptadas por mayoría de miembros presentes con derecho a voto.

(ii) La votación, salvo para los casos de elección de Oficiales y de Representantes Regionales, se efectuará a mano alzada, a menos que la Presidenta decida de otro modo.

(iii) La votación para la elección de una Oficial o de una Representante Regional se realizará a base de papeleta escrita, cuando fuere preciso, proseguirá por el sistema de eliminación de una candidata o candidatas con el número más bajo de votos obtenidos hasta llegar a una candidata que logre una mayoría absoluta de los votos emitidos.

(iv) Cada miembro presente de acuerdo con la norma de la Cláusula 14, tendrá derecho a emitir un solo voto, pero en caso de candidatas con igualdad de votos, la Presidenta tendrá derecho al voto de desempate.

COMITE EJECUTIVO

22. Habrá un Comité Ejecutivo de la Confederación que estará integrado por:

- (i) Las Oficiales de la Confederación.
- (ii) Las Representantes Regionales por cada Región. El número de tales Representantes será determinado por el Consejo en base al número de países integrantes de cada Región, aligando el Consejo a las Representantes sobre la recomendación de las Asociaciones Miembros de la Región correspondiente.

Sus Reuniones

23. El Comité Ejecutivo se reunirá a raíz de celebrarse todos los Congresos y en cualquier otra ocasión que los miembros del Comité Ejecutivo determinen.

Las Representantes Regionales

24. (i) La duración del cargo de Representante Regional será de tres años.

(ii) Una Representante Regional será susceptible de reelección inmediata pero no podrá continuar en el cargo por más de tres mandatos consecutivos.

(iii) Ningún miembro de una Asociación será susceptible de ser elegido como Representante Regional si ya otro miembro de la misma Asociación se halla prestando servicio en calidad de Representante Regional.

Sus Facultades

25. (i) Sin perjuicio de lo establecido en la Cláusula 13, el Comité Ejecutivo orientará al Consejo sobre la línea de conducta profesional y la filosofía sobre las que se habrán de basar las actividades de la Confederación.

(ii) De modo particular, el Comité Ejecutivo tendrá facultad para:

- a) Constituir subcomité y nombrar a su discreción los miembros componentes de los mismos. Tales subcomités pueden incluir en su seno miembros de Asociaciones que no formen parte del Comité Ejecutivo. Cualesquiera de tales subcomités confeccionarán informes completos y periódicos que entregarán a la Junta Directiva.

- b) Nombrar a cualquier miembro del Comité Ejecutivo para presentar a la Confederación en las reuniones de otras organizaciones si ello fuere requerido por la Junta Directiva.

Sus Cometidos

26. El Comité Ejecutivo deberá:
- Presentar a cada reunión del Consejo un informe completo sobre sus actividades y recomendaciones, haciendo especial referencia a la labor de los subcomités.
 - Revisar el contenido de las publicaciones de la Confederación.
 - Recomendar al Consejo temas para Congresos Internacionales.
 - Realizar cualesquiera otra actuación que fuere precisa para llevar a efecto los objetivos de la Confederación.

LA JUNTA DIRECTIVA

27. Habrá una Junta Directiva de la Confederación, que estará formada por:
- La Directora de la Junta.
 - La Subdirectora de la Junta.
 - La Tesorera.

Sus Facultades

28. (i) Sin perjuicio de lo establecido en la Cláusula 13, la Junta Directiva detendrá el poder de control y dirección de las actividades y asuntos de la Confederación y podrá, además de los poderes que se le confieren en otras partes de estos Estatutos, ejercer todas las facultades y realizar tales actos que puedan ejercerse o realizarse por parte de la Confederación o que solo puedan ser hechos por el Consejo.
- (ii) De modo especial, la Junta Directiva estará facultada para:
- Administrar y controlar los ingresos, o gastos, créditos, inversiones y propiedades o bienes de la Confederación.
 - Autorizar a los miembros de las Asociaciones o a Oficiales, si fuere necesario, para otorgar o formalizar documentos de carácter financiero o de otra naturaleza.
 - Autorizar la tirada de publicaciones de la Confederación.
 - Establecer las condiciones de servicio de la Secretaría.
 - Nombrar y dar por terminados los servicios del personal de Secretaría, exceptuando a la Secretaría de Administración.
 - Delegar sus poderes siempre que fuere menester para actuar en su nombre.
 - Realizar cualesquiera otros actos que fueren menester para llevar a efecto los objetivos de la Confederación.

- (iii) Todo poder o autoridad que fuere otorgado por la Junta Directiva o cualquier persona habrá de ser ratificado por escrito por la Secretaría de Administración.

Cometidos

29. La Junta Directiva deberá:
- Presentar a cada reunión del Consejo un informe completo sobre las actividades y asuntos de la Confederación, que esté al día, así como los proyectos para los años venideros.
 - Presentar al Consejo un Estado de Cuentas y Balance, certificados por los Censores de Cuentas de la Confederación, relativos al anterior ejercicio económico y a cualquier otro período cuyo correspondiente Estado de Cuentas y Balance no hubieran sido presentados.
 - Someter al Consejo un presupuesto de ingresos y egresos para el ejercicio económico inmediato, así como un proyecto de los medios financieros de la Confederación para los años subsiguientes.
 - Nombrar un Subcomité de Finanzas que contará con los poderes necesarios para ejecutar un estudio y emitir un informe sobre los asuntos de carácter financiero de la Confederación. Estará constituido por la Tesorera más dos personas con adecuada experiencia en el terreno financiero.
 - Preparar la Agenda de cada reunión del Consejo y efectuar cualesquiera otros preparativos necesarios en lo referente a los Congresos,

previa consulta con las Asociaciones encargadas de organizar dichos Congresos.

Sus Reuniones

30. La Junta Directiva se reunirá con ocasión de todo Congreso, por lo menos cuatro veces cada año entre Congresos y en cualquiera otras ocasiones que la Junta misma o la Secretaría de Administración lo requieran.

Aviso

31. La Secretaría de Administración enviará por correo, en lo posible con no menos de treinta días de antelación a la reunión de la Junta, a cada uno de los miembros integrantes de la misma, un aviso indicando la fecha y lugar de tal reunión y los temas a tratar.

Quorum

32. (i) El quorum para una reunión de la Junta Directiva será de dos, todas las decisiones deben ser ratificadas por el tercer miembro.
- (ii) La Junta podrá, cuando no fuere factible el convocar una reunión, tratar cualquier asunto de urgencia adoptando una resolución que deberá ser aprobada por escrito por todos los miembros integrantes de la Junta, resolución que será tan válida y efectiva como si hubiese sido aprobada en reunión de la Junta.

LOS OFICIALES DE LA CONFEDERACION

33. Los Oficiales de la Confederación serán la Presidenta, la Presidenta anterior inmediata y la Vicepresidenta, la Tesorera, la Directora de la Junta Directiva y la Vice Directora de la misma Junta.

La Presidenta y la Vicepresidenta

34. (i) Normalmente, el Consejo elegirá como Presidenta a una nominada por la Asociación que haya de ser la que organice el próximo Congreso y elegirá como Vicepresidenta a una nominada por la Asociación que haya de realizar el Congreso subsiguiente inmediato. Tales nominadas serán miembros de las Asociaciones que las designan.
- (ii) Sin con ocasión de la reunión del Consejo no hay acuerdo sobre la Asociación donde se celebrará el subsiguiente Congreso, el cargo de Vicepresidenta será nombrado de conformidad con lo estipulado en la subcláusula (v) de este título.
- (iii) La Presidenta y la Vicepresidenta tomarán posesión de sus respectivos cargos al término del Congreso en el que fueren elegidas, cesando en los mismos términos del Congreso siguiente.
- (iv) Si por cualquier razón, el país de la que es miembro la Presidenta o la Vicepresidenta no será el lugar de la reunión de un Congreso, dicha Oficial se considerará cesada de su cargo.
- (v) Si el cargo de Presidenta quedara vacante a consecuencia de la operación prevista en la Cláusula Nº 34 (iv), la Vicepresidenta asumirá el cargo de Presidenta hasta el próximo Congreso.
- (vi) Si el cargo de Vicepresidenta no se llena bajo la cláusula 34 (ii) o queda vacante por lo previsto en la cláusula 34 (iv) la Junta Directiva buscará que todas las Asociaciones miembros, aprueben el país donde se llevará a efecto el Congreso subsiguiente y designará para ese cargo a un miembro nominado por la Asociación facultada para hacerlo de conformidad con las condiciones establecidas en la Cláusula Nº 34 (i). La Oficial así designada entrará en posesión de su cargo inmediatamente de ser nombrada y cesará en el mismo de conformidad con lo establecido en las Cláusulas Nº 34 (iii) o (iv).

La Directora y Sub-Directora de la Junta Directiva

35. (i) El Consejo elegirá a la Directora y Subdirectora de la Junta Directiva para servir un mandato de tres años. Tanto la Directora como la Sub-Directora deberán residir normalmente en el país donde se halla ubicada la Sede Central de la Confederación, o bien residir en un país con fácil acceso a la Sede Central de la Confederación, y ambas habrán de ser nombradas por sus respectivas Asociaciones.
- (ii) Tanto la Directora como la Sub-Directora serán susceptibles de reelección inmediata, pero no podrán continuar en la posesión de sus cargos por más de tres mandatos consecutivos.

La Tesorera

36. El Consejo elegirá a la Tesorera para servir un término de tres años, la cual será normalmente miembro integrante de, y nombrada por, la Asociación del país en que se encuentre ubicada la Sede Central de la Confederación y será susceptible de inmediata reelección, pero no podrá continuar ocupando el cargo por más de tres términos consecutivos.

Toma de posesión y Cesantía de los cargos de Directora, Vice-Directora y Tesorera de la Junta Directiva

37. Las tres miembros de la Junta Directiva tomarán posesión de sus cargos al término del Congreso en el cual fueron elegidas y normalmente cesarán en los mismos al concluir el siguiente Congreso.

Vacantes Interinas

38. (i) Si llega a producirse una vacante (que no sea por expiración normal del término del mandato) entre las Oficiales de la Confederación, tal vacante vendrá a ser ocupada de la manera siguiente:

- En los casos de la Presidenta o Vice-Presidenta, la correspondiente Asociación anfitriona del Congreso tendrá derecho a proponer candidatas de su jurisdicción para su nombramiento por parte de la Junta Directiva por servir en el cargo, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Nº 34, hasta la clausura del próximo Congreso.
- En el caso de un miembro de la Junta, tal vacante o vacantes serán cubiertas por un miembro nombrado por la Asociación a la que perteneciera la Oficial que ocasionó la vacante, condicionándose dicho nombramiento a su aprobación por la Junta Directiva hasta la próxima Reunión del Consejo en la cual se elegirá a una sucesora.
- Toda persona que actúe bajo cualquier concepto de los arriba mencionados ejercerá todas las facultades que se le confieren en estos Estatutos a quien detente ese cargo.

REQUISITOS PARA OCUPAR UN CARGO, ETC

Ninguna persona será designada o permanecerá en calidad de Oficial de la Confederación, de Representante Regional o delegada para una reunión del Consejo, a menos que sea miembro de una Asociación que disfrute de plenos derechos.

MEDIOS FINANCIEROS

40. (i) La Confederación tendrá poder para reunir dinero mediante contribuciones de afiliación, subcripciones, donaciones, legados, subvenciones de ayuda, préstamos y otros medios, siempre y cuando la Confederación no se comprometa en actividades comerciales de carácter permanente en su empeño de reunir fondos con destino a cumplir su objeto.
- (ii) El ejercicio económico anual de la Confederación comenzará el primero de Enero.
- (iii) Los derechos de afiliación vencerán y serán pagaderos al comienzo de cada ejercicio económico anual.
- (iv) Los miembros de la Confederación estarán excluidos de responsabilidad civil personal con respecto a los compromisos de carácter financiero de la Confederación, los cuales se hallarán únicamente garantizados por los bienes de la Confederación.

LA SECRETARIA

41. (i) Habrá una Secretaría de la Confederación, que estará compuesta por:
- Una Secretaría Ejecutiva o de Administración, que será nombrada por el Consejo. Será ella la que desempeñe el cargo de funcionario en Jefe Ejecutivo de la Confederación y será ella

la jefa de la Secretaría.

- b) Todo el personal que fuere necesario y que será designado por la Junta Directiva.

(ii) Con sujeción a las directivas del Consejo, del Comité Ejecutivo o de la Junta Directiva según se dé el caso, la Secretaría de Administración llevará al día los asuntos de la Secretaría y de la Confederación.

(iii) En caso de que se produzca una vacante del cargo de Secretaría de Administración, la Junta Directiva nombrará una Secretaría de Administración en Funciones hasta tanto que dicha vacante sea cubierta por el Consejo.

LAS ACTAS

42. (i) Será deber de la Secretaría de Administración el mantener, en los libros que se le ven a tal efecto, las actas de todas las reuniones del Consejo, del Comité Ejecutivo de la Junta Directiva y de otras comisiones o subcomités de la Confederación.

(ii) Toda firma en el correspondiente libro de acta tras la declaración por parte de la Presidenta del resultado de cualquier votación en las reuniones servirá de prueba concluyente del resultado de tal votación.

OMISION CASUAL DE DAR AVISOS

43. La omisión casual de dar aviso o no recibir aviso por un miembro de cualquier reunión o de cualquier resolución propuesta a adoptar, no invalidará tal reunión o cualquier asunto tratado y aprobado.

MODIFICACION DE LOS ESTATUTOS

44. (i) Los presentes estatutos pueden ser modificados en asamblea del Consejo, pero no de otra manera. Ninguna modificación será válida a no ser que por lo menos dos tercios de los miembros del Consejo presentes y con derecho de voto en dicha reunión voten a favor de tal modificación y enmienda.

(ii) Toda modificación que haya de hacerse a los Estatutos sólo podrá ser propuesta por una Asociación, deberá notificarse a la Secretaría de Administración con sesenta días de anticipación a la reunión del Consejo en la que haya de presentarse y, bien sea propuesta por una Asociación o por el Comité Ejecutivo, la modificación propuesta será comunicada por la Secretaría de Administración de todas y cada una de las Asociaciones afiliadas con no menos de cuarenta días de antelación a la reunión de dicho Consejo.

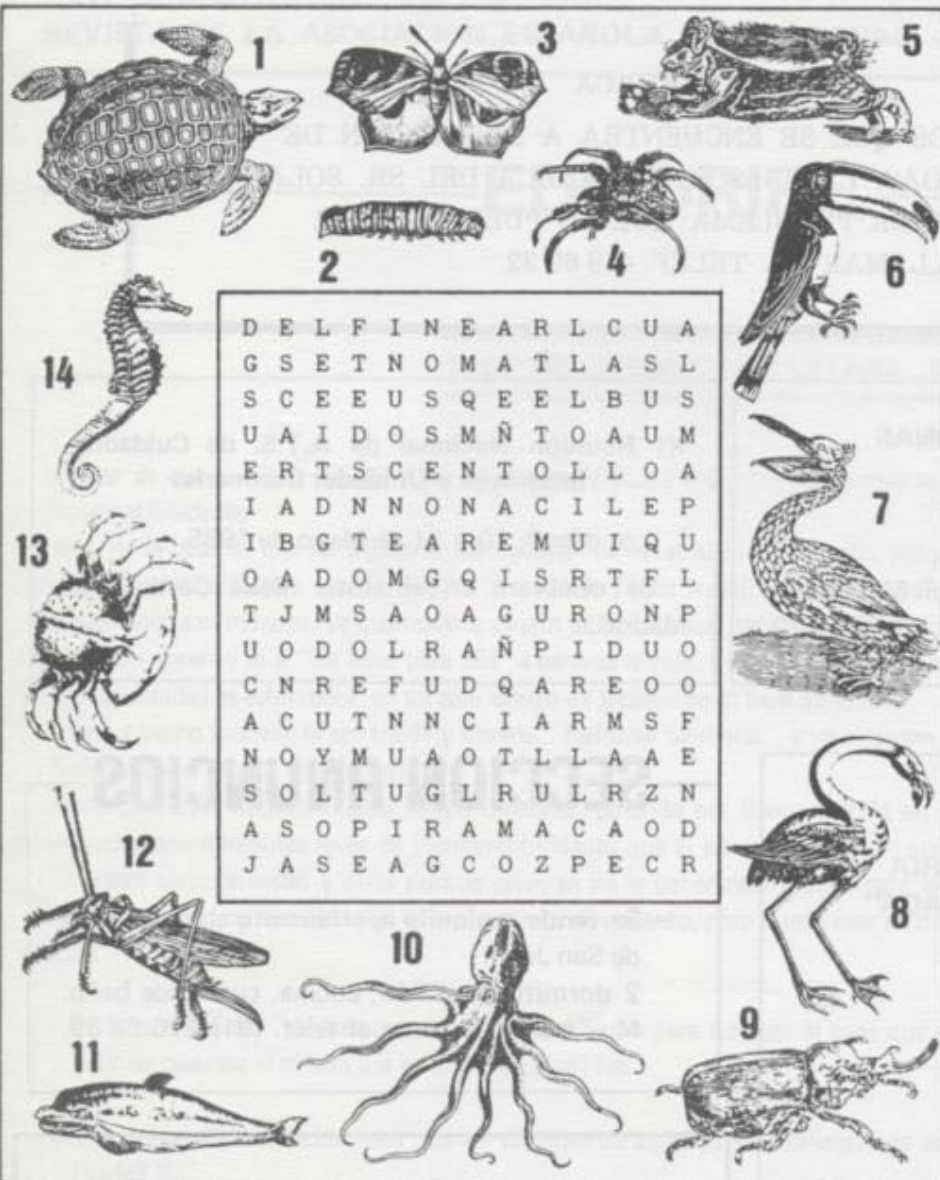
(iii) Ninguna modificación será hecha de tal manera que sus efectos ocasionen el cese de la Confederación en su carácter de institución de caridad ante la ley.

DISOLUCION DE LA CONFEDERACION

45. En caso de disolución de la Confederación, sus bienes habrán de ser donados o cedidos a otros organismos o instituciones sin fines de lucro que tengan objetivos similares a los de la Confederación y que la Confederación habrá de nombrar, en general, en el curso de una reunión convocada para considerar tal disolución y cesión de bienes con ocasión de, o antes de, efectuarse la disolución, o en su defecto, ceder dichos bienes a una institución caritativa que hayan de determinar los Comisarios de Caridad de Inglaterra y País de Gales, o a cualquier otra organización parecida que ejerza funciones similares en cualquier otro país donde esté ubicada la Sede u Oficina Central de la Confederación en el momento de llevarse a cabo tal disolución.

ANULACION DE LOS ESTATUTOS PRECEDENTES

46. A partir de la fecha de entrada en vigor de estos Estatutos, los Estatutos anteriores quedan anulados sin perjuicio de cualesquier actos realizados o cualquier decisión de carácter administrativo. ■



D	E	L	F	I	N	E	A	R	L	C	U	A
G	S	E	T	N	O	M	A	T	L	A	S	L
S	C	E	E	U	S	Q	E	E	L	B	U	S
U	A	I	D	O	S	M	Ñ	T	O	A	U	M
E	R	T	S	C	E	N	T	O	L	L	O	A
I	A	D	N	N	O	N	A	C	I	L	E	P
I	B	G	T	E	A	R	E	M	U	I	Q	U
O	A	D	O	M	G	Q	I	S	R	T	F	L
T	J	M	S	A	O	A	G	U	R	O	N	P
U	O	D	O	L	R	A	Ñ	P	I	D	U	O
C	N	R	E	F	U	D	Q	A	R	E	O	O
A	C	U	T	N	N	C	I	A	R	M	S	F
N	O	Y	M	U	A	O	T	L	L	A	A	E
S	O	L	T	U	G	L	R	U	L	R	Z	N
A	S	O	P	I	R	A	M	A	C	A	O	D
J	A	S	E	A	G	C	O	Z	P	E	C	R

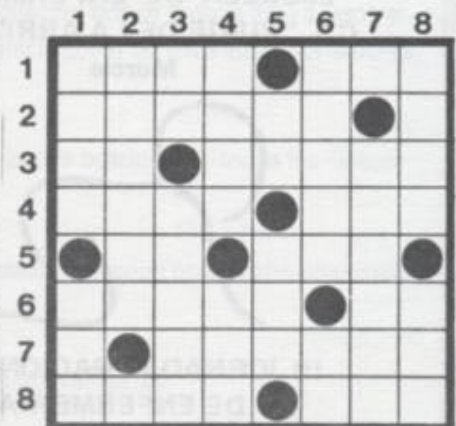
Cruc-Sopa

A	S	O	R	B	N	J	A	B	M	A	N	A
E	H	L	O	P	A	T	A	N	K	Z	S	D
N	A	A	I	K	O	Ñ	Z	J	T	Y	O	F
T	V	S	W	B	G	L	F	N	Z	E	E	O
E	S	Z	V	H	E	O	T	Y	H	J	S	R
R	B	O	G	S	O	L	A	X	F	A	Y	E
O	L	O	T	K	Z	I	O	S	B	N	H	L
L	B	F	S	A	R	I	T	G	E	I	Z	A
N	V	Z	J	O	F	E	W	Z	V	O	B	T
E	Z	O	P	L	Z	F	A	E	R	B	I	L

Modo de resolverse.—Una vez resuelto el crucigrama, localice las palabras del mismo en la sopa de letras que le acompaña.

HORIZONTALES.—1: Ondas de gran amplitud que se forman en la superficie de las aguas. Reptil ofidio, no venenoso y de gran tamaño. 2: Escrito satírico, denigrativo o infamatorio. 3: Prefijo que significa por causa, o en virtud, o en fuerza de. Ciudad y municipio de España en la provincia de Navarra. 4: Preposición propia. Embarcación. 5: Preposición inseparable que significa dentro de. Aplicable a las cosas indefinidamente, para determinar en ellas lo que por su correlativo se denota. 6: Rústico, zafio. Conjunción latina. 7: Cabal, íntegro. 8: Nombre propio de mujer. Artículo determinado, plural.

VERTICALES.—1: Ciudad de España en la provincia de Gerona. Signo aritmético. 2: Uniforme de ciertos criados. 3: Matricula de Albacete. Adverbio de tiempo que denota prioridad de tiempo o lugar. 4: Catedrales. Nombre propio de mujer. 5: Consonante doble. Abreviatura del explosivo trinitrotolueno. 6: Gorra redonda, chata, de lana, de una sola pieza y sin visera. Artículo determinado. 7: Antigua moneda alemana. 8: Limpieza, pulcritud. Movimiento convulsivo y ruidoso del aparato respiratorio.



Localice, entre las letras del recuadro, los nombres de los CATORCE animales aquí representados.

Juego de los Errores



Localice las DIEZ diferencias que hay entre estas dos viñetas.

ASESORIA JURIDICA

OS RECORDAMOS QUE SE ENCUENTRA A DISPOSICION DE
TODAS LAS AFILIADAS, LA ASESORIA JURIDICA DEL SR. SOLANA
PARA CUALQUIER PROBLEMA QUE OS PUEDA SURGIR
LLAMAR AL TELEF. 419 60 32

II Symposium de MATRONAS C.S. 1º. de Octubre

Días 25 y 26 de Mayo.

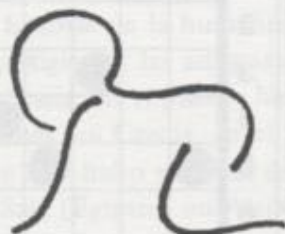
Informa: Jefatura de Matronas en Maternidad
1º. de Octubre. Teléfs. 269 46 00 y 460 12 12.

XI Reunión Nacional de A.T.S. de Cuidados Intensivos y Unidades Coronarias

Los días 9, 10 y 11 de Mayo de 1985.

Se celebrará en el Hotel Meliá Castilla de
Madrid.

HOSPITAL INFANTIL ESCUELA DE ENFERMERIA C.S. "VIRGE DE LA ARRIXACA" Murcia



III JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA PEDIATRICA (Programa Provisional)

Días 9 y 10 de mayo de 1985.



SECCION ANUNCIOS

- Se vende o alquila apartamento en el Pantano de San Juan.
2 dormitorios, salón, cocina, cuarto de baño.
Muy bonito. Llamar al teléf. (91) 216 58 39.

