

# matronas hoy

NUEVA ETAPA

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE MATRONAS

N.º 11 - IV TRIMESTRE, 1998

## Se celebraron las Jornadas sobre : "Salud y mujer. Evidencia científica y participación comunitaria"

**Jueves 3 (mañana)**  
**Conferencia inaugural:**  
**Medicina basada**  
**en la evidencia.**

**1. Dolor en**  
**obstetricia y**  
**ginecología.**

**Mesa redonda**  
**Estrategia de**  
**la prevención**  
**del dolor.**

**Jueves 3 (tarde)**  
**2. Suelo pélvico:**  
**Función y disfunciones.**

**Mesa redonda**  
**Prevención de la**  
**disfunción del suelo pélvico.**  
**Objetivos concretos.**



**3. Enfermedades de**  
**transmisión sexual**  
**y cáncer de cérvix.**

**Viernes 4 (tarde)**  
**Entrada libre**  
**Conferencia:**  
**salud y mujer**  
**en la sociedad**  
**del siglo XXI.**

**Sábado 5**  
**(mañana)**  
**Entrada libre**  
**Taller de trabajo.**  
• IUE Postparto  
• Cambio de la  
**sexualidad en las**  
**diferentes etapas**  
**de la vida de la mujer**  
• Infecciones genitales  
**y cáncer de cérvix.**

**Cita en Tenerife: 3-4-5 de Diciembre 1998**

Auspician: Asociación Nacional de Matronas, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y  
Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canarias



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Nº11 - 4º TRIMESTRE, 1998

STAF

Dirección

Mª Angeles Rodríguez-Rozalén

Asesoras

- Ana Aguilá Gorges . Zaragoza
Teresa Cabrera . Madrid
Lucía Calderon . Madrid
Carmen Hernández . Canarias
Gloria Seguranyes . Cataluña
Adela Sánchez . Castilla-La Mancha
Ana Martínez . Valencia
Encarna Fdez. Zamudio . Andalucía
Carmen Fdez. Zamudio . Andalucía

Consejo de Administración

Junta Ejecutiva de la
Asociación Nacional de Matronas
Avda. Menéndez Pelayo, 93
Telf.: 91 501 05 09

Deposito Legal: 19.000/83

Edita: Asociación Nacional de Matronas

SUMARIO

Salud y mujer. Evidencia científica y participación comunitaria

PUNTO DE VISTA Pág.4

SECCIÓN CIENTÍFICA

LAS RELACIONES AFECTIVAS Y SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO: EL PAPEL DE LA MATRONA Pág.9

LA DEPRESIÓN Pág.15

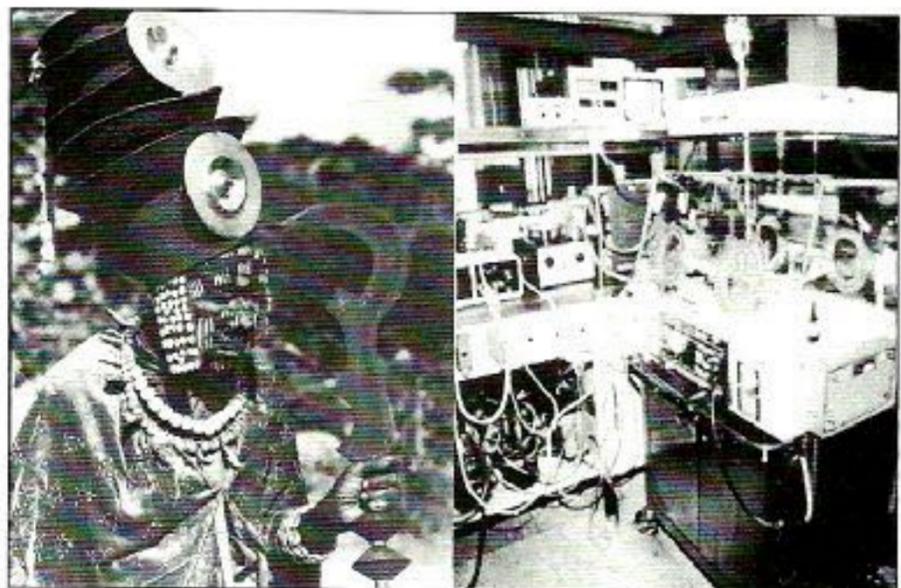
LA MATRONA Y EL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO. REANIMACIÓN Y PRIMEROS CUIDADOS Pág.17

MEDIDAS Y MANIOBRAS URGENTES: DISTOCIA DE HOMBROS Pág.24

EL DESPUÉS DE LAS MADRES ADOLESCENTES Pág.30

INFLUENCIA DE LA EPISIOTOMÍA EN EL BIENESTAR FÍSICO DE LA PUÉRPERA Pág.35

REVISIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA MATERNIDAD Pág.39

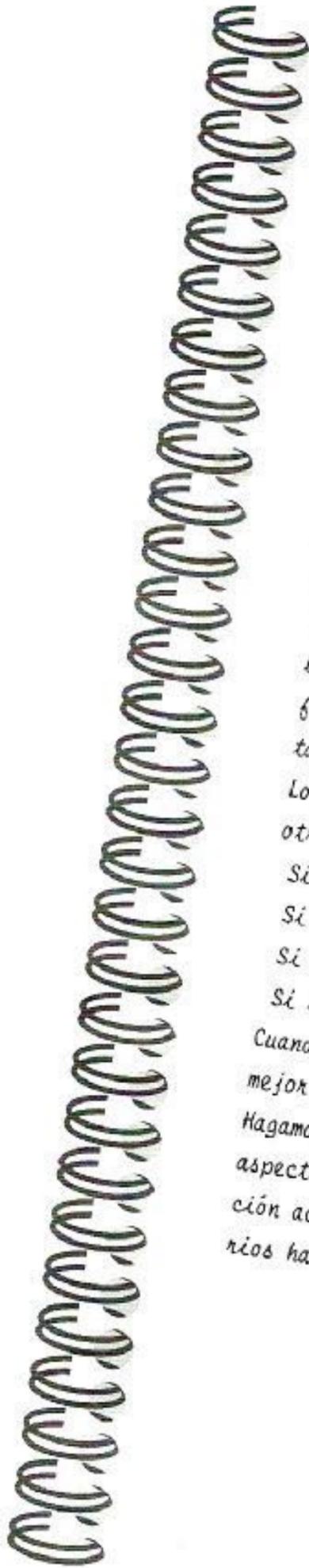


SECCIÓN INTERNACIONAL

INFORME DE LA C.I.M. Pág.54

LA ASOCIACIÓN INFORMA Pág.59





Hace solo una década que , hablar de responsabilidad civil y penal, o medicina defensiva, nos sonaba a cosas de los americanos que, en España nunca sucederian. Obviamente nos equivocabamos. Todo eso está pasando aquí, es nuestro medio, con una incidencia importante y con un incremento anual que asusta. No voy a entrar en la polémica de si es consecuencia de la calidad asistencial que tenemos los españoles o el resultado de actos profesionales aislados y concretos que se complican.

Pero si entro en comentar que, si en cada actuación nos parapetamos en el miedo a ser demandados, vamos a sufrir mucho. Si vemos a cada gestante como un enemigo potencial, podemos terminar en tratamiento psiquiatrico.

Las cosas deben volver a la normalidad y probablente, nosotros mismos tenemos la clave para que esas 2835 demandas de 1997 se reduzcan drásticamente en el futuro, analizando las causas que las motivan, porque no siempre son los resultados no deseables o siniestros.

Los jueces comprenden la inexactitud de la ciencia médica. Por tanto, consideran otras cuestiones como importantisimas:

- Si se informó al paciente amplia y comprensiblemente.
- Si se optó por aplicar el tratamiento, reconocido, más eficaz.
- Si se ejecutó con la técnica más segura.
- Si se intentó , al menos, crear una relación humana de confianza.

Cuando se cumplen esos requisitos, particularmente el último porque es el que mejor valoran los pacientes, es difícil culpabilizar a nadie.

Hagamos bien nuestro trabajo, como de costumbre, y pongamos mucho empeño en los aspectos humanísticos de la relación y en pocos años podremos olvidar la situación actual porque es deplorable. Volveremos a disfrutar en el trabajo y los usuarios hablaran con orgullo de "su médico" y de "su matrona".

*Li Angeles Rodríguez*



# CURSOS

## I CURSO NACIONAL SOBRE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA PARA MATRONAS



### AVANCE DE PROGRAMA

**Organizan:** Sociedad Española de Matronas Instituto Palacios.

**Auspicio:** Fundación Europea Mujer y Salud.

**Objetivo:** En los últimos años han surgido inquietudes terapéuticas sobre la prevención y mejoras de calidad de vida de la mujer en general y la mujer postmenopáusicas en particular.

Por otra parte y de manera alarmante se ha comprobado el retraso enorme que existe en las investigaciones de las patologías específicas de la mujer. Fruto de todo ello han surgido primero las unidades de menopausia y posteriormente el concepto de salud y medicina de la mujer.

Este curso es el primero de una serie de cursos que tienen por objetivos: poner al día a las matronas sobre los avances existentes en el climaterio y menopausia. Avanzar y posicionar el papel de la matrona en la salud de las mujeres, discutir y poner en práctica proyectos de investigación en común.

**Dirigido a:** Matronas.

**Inscripción:** 15.000 pesetas. La inscripción incluye:

- Entrega de documentación.
- Entrada a todas las conferencias previstas.
- Diploma de asistencia a curso.
- Cena de clausura.

**Fecha:** del 11 al 13 de Marzo

**Horas:** 25h

**Lugar:** Madrid



### Jueves 11 de Marzo ( Tarde )

15:30

Entrega de documentación

15:45

Inauguración

16:00 - 17:00

Morbilidad y mortalidad de la mujer española en el siglo XXI.

Dr. Santiago Palacios. Ginecólogo del Instituto

17:00 - 18:00

Definición y endocrinología del climaterio

Dr. Gonzalo Folgueira. Ginecólogo del Hospital Universitario de Getafe.

18:00 - 19:00

Síndrome del climatérico.

Dra. M<sup>a</sup> Jesús Cancelo. Ginecóloga del Hospital Universitario de Guadalajara.

19:00 - 20:00

Síntomas genitourinarios y postmenopausia.

Dra. Carmen Menéndez. Ginecóloga del Instituto Palacios.

20:00 - 21:00

Piel, distribución de grasa y estética en la menopausia.

Dra. Irene Szczedrin. Nutrición y Estética del Instituto Palacios.



**Viernes 12 de Marzo ( Mañana )**

- 9:00 - 10:00** Cambios psíquicos y sexuales: ¿verdad o mentira?.  
Rosario Castaño. Psicóloga consultora del Instituto Palacios.
- 10:00 - 11:00** Enfermedad cardiovascular y mujer.  
Dra. Carmen Menéndez. Ginecóloga del Instituto Palacios.
- 11:00 - 12:00** Osteoporosis: una epidemia.  
Dr. Santiago Palacios. Ginecólogo del Instituto Palacios
- 12:00 - 13:00** Prevención y tratamiento de la osteoporosis.  
Dr. Alonso Carlos Moreno. Reumatólogo consultor del Instituto Palacios
- 13:00 - 14:00** Déficit estrogénico y enfermedad de Alzheimer.  
Dra. Lydia Montoya. Ginecóloga del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

**Viernes 12 de Marzo ( Tarde )**

- 16:00 - 17:00** Estilo de vida en la menopausia. Alimentación y ejercicio físico.  
Dra. Nieves Palacios. Endocrinóloga del Instituto Nacional del Deporte.
- 17:00 - 18:00** Anticoncepción y embarazo en la mujer de más de 40 años.  
Dra. Rocío Ruiz Jiménez. Ginecóloga consultora del Instituto Palacios
- 18:00 - 19:00** Cáncer de mama y terapia hormonal sustitutiva.  
Dra. Mercedes Muelas. Ginecóloga del Instituto Ginecológico Cinca.
- 19:00 - 20:00** Cáncer ginecológico y mujer postmenopáusica.  
Dr. Ricardo Sainz de la Cuesta. Ginecólogo oncólogo consultor del Instituto Palacios.
- 20:00 - 21:00** Los estrógenos y progestógenos.  
Dr. Santiago Palacios. Ginecólogo del Instituto Palacios.



**Sábado 13 de Marzo ( Mañana )**

- 9:00 - 10:00** Indicaciones y contraindicaciones de la THS.  
Dra. Dra. Carmen Menéndez. Ginecóloga del Instituto Palacios.
- 10:00 - 11:00** Pautas y duración del tratamiento hormonal sustitutivo.  
Dr. Antonio Castro. Ginecólogo del Hospital Universitario de la Paz.
- 11:00 - 12:00** Manejo clínico y seguimiento de la mujer con THS.  
Dra. Emilia de Dios. Ginecóloga del Hospital de Móstoles
- 12:00 - 13:00** Problemas en el cumplimiento y estrategias con THS.  
Dra. Ana Rodríguez Sánchez. Ayuntamiento de Madrid.
- 13:00 - 14:00** Nuevos fármacos para la menopausia.  
Dr. Javier Moya. Ginecólogo del Hospital Universitario de Getafe.

**Sábado 13 de Marzo ( Tarde )**

- 16:00 - 17:00** Unidades de menopausia; ¿qué fueron y qué son !.  
Dr. Santiago Palacios. Ginecólogo del Instituto Palacios.
- 17:00 - 18:00** Nuevo concepto: medicina y salud de la mujer.  
Dra. Carmen Menéndez. Ginecóloga del Instituto Palacios.
- 18:00 - 20:00** Mesa redonda: Papel de la matrona en el nuevo concepto de salud y medicina de la mujer.  
Coordinadora: M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez.
- Participan:**
  - .....
  - Presidentas matronas
  - Dr. Palacios.
- 20:00 - 21:00** Conclusiones.  
Dr. Santiago Palacios
- 21:00** Cena.

**S**i conoces alguna Matrona que quiera asociarse puedes proporcionarle este boletín para que lo envíe a la Asociación junto con dos fotografías y fotocopia del título de Matrona.

Si ya estás asociada pero has cambiado de domicilio, de banco, o si tienes que notificar algún cambio en los datos de tu ficha, puedes utilizar también este boletín y enviarlo por correo o por fax.



## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN A LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE MATRONAS

APELLIDOS Y NOMBRE \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

POBLACIÓN \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

TLF/FAX \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

CENTRO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

Nº DE COLEGIADA \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

## ORDEN DE DOMICILIACIÓN

TITULAR \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

ENTIDAD/BANCO \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL BANCO \_\_\_\_\_

POBLACIÓN PROVINCIA Y C.P. \_\_\_\_\_

BANCO	OFICINA	DC	Nº DE CUENTA

Sr. Director:

Autorizo que se cargue en la cuenta corriente mencionada, los recibos que pase al cobro la Asociación Nacional de Matronas, a partir del día de la fecha.

Atentamente,

Fecha y firma.

# LAS RELACIONES AFECTIVAS Y SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO: EL PAPEL DE LA MATRONA

Profesores/as del Departamento de Enfermería. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Málaga: Remedios Fernández Amores, S. Daniel Lupión Gonzalez, Antonio Porrás Cabrera, M<sup>a</sup> Isabel Rosa Blanca Avellaned Jimenez.

Coordinadora de la Unidad Docente de Matronas de Málaga: M<sup>a</sup> Isabel Rosa Blanca Avellaned Jimenez.

## INTRODUCCIÓN

La sexualidad, durante años, ha sido un tema tabú y aún más la sexualidad de la mujer; no digamos ya, la sexualidad de la mujer en relación a la gestación. Existen mitos y tabúes respecto a la sexualidad durante esta época de la vida, que se han mantenido históricamente creando un clima de ignorancia y misterio en torno a la sexualidad en el embarazo. En los estudios clásicos de Ford y Beach sobre la conducta sexual se encontraron muchas tribus que restringían la actividad sexual durante el embarazo por temor a que el semen cegara o dañase al embrión. También encontramos referencias positivas, Hipócrates consideraba el esperma necesario para que el embrión se desarrolle sano; y actualmente los Azande y los Chuckchee fomentan el coito en el embarazo para nutrir ó conformar al feto<sub>1</sub>.

En nuestro medio, con una gran tradición judeo-cristiana, la mujer embarazada se nos presenta con una imagen maternal, de pureza, en la que poca cabida tiene el sexo. La mujer embarazada como culmen de la feminidad en el sentido de haber alcanzado el fin último de la sexualidad: la reproducción y con esta lectura la sexualidad de la embarazada " está de más".

La embarazada dispone de poca información. La mayoría de los textos lo tratan superficialmente, como una serie de recomendaciones que se incluyen en el contexto de los aspectos globales de educación sanitaria de la embarazada ( alimentación, higiene, reposo, actividad física,...) y con un enfoque más restrictivo que liberador ( se centran en la actividad coital, destacan las limitaciones y contraindicaciones, son ambiguos y contradictorios y no suelen plantear propuestas y alternativas e incluso a veces exponen recomendaciones sin base científica). Para ilustrar el tema tenemos algunos

ejemplos; respecto a las relaciones sexuales en el embarazo se nos dice<sub>2</sub>:

*"No hay ningún impedimento para seguir manteniéndolas durante el embarazo; aunque no existe un fundamento real, se aconseja evitarlas durante las últimas cuatro- seis semanas por el posible peligro de infección y de rotura prematura de la bolsa de las aguas..."*

Se observa la contradicción: aunque no existe un fundamento real para ello, se aconseja evitarlas en las últimas semanas del embarazo. En el fondo, no se acaban de crear que pueda ser, no sólo normal sino incluso bueno, el tener relaciones sexuales durante todo el embarazo, siempre que la pareja lo desee y el embarazo curse con normalidad.

En otro texto<sub>3</sub> se recomienda:

*"En cuanto a las relaciones sexuales, será aconsejable que disminuyan en intensidad y frecuencia al inicio y al final del embarazo, pero sin que sea necesaria la abstinencia, salvo en casos especiales".*

¿Qué significa que disminuyan en intensidad y frecuencia? ¿Que si la pareja tenía relaciones sexuales todos los días, durante el embarazo estaría mejor que la tuviesen cada dos ó tres días o si las mantenían una vez a la semana ahora deben hacerlo cada dos?, ¿Y cómo se controla lo de hacerlo con menos intensidad?...

En la misma línea de las obras anteriores nos encontramos la siguiente indicación<sub>4</sub>

*" ¿Pueden mantenerse las relaciones sexuales hasta el final del embarazo?*

*Por regla general, el criterio de la mayoría de los especialistas es que conviene interrumpirlas unas 4 semanas antes*



*de la fecha prevista del parto. Pero este criterio no lo mantienen todos, ya que muchos estudios que se han hecho en este sentido, no han demostrado que influyera como causa de parto prematuro, ruptura de membranas, hemorragia o infección. Ahora bien, lo que sí es indudable es que han de hacerse con cierto cuidado evitando toda posición forzada o violenta. Sin embargo, un orgasmo por parte de ella excesivamente intenso podría constituir una auténtica contraindicación.*

*También es aconsejable espaciarlas y realizarlas con un especial cuidado en el primer trimestre, sobre todo entre el segundo y tercer mes".*

Volvemos a encontrar lo mismo: los estudios demuestran que no hay problemas pero a pesar de ello se dice ¡cuidado!, se les dice: "Puedes tener relaciones, pero a la vez se les dice siempre que el orgasmo no sea demasiado intenso". ¿Cómo hacer de nuevo para controlar la intensidad del orgasmo?

Todos esos textos son de la década de los 80 y obras manejadas en nuestro medio.

En los últimos años, la mayor liberalidad sexual ha llevado a que se considere la importancia de la sexualidad en la salud de personas y que los profesionales de la salud atiendan a las necesidades sexuales de la población y entre ellas a las necesidades sexuales durante el embarazo. Ya se habla de sexualidad en el embarazo, pero aún se hace difícil para la mujer verbalizar sus inquietudes y temores sobre estos aspectos. Alonso Alvaro<sup>3</sup> encuentra que sólo el 13.6% de las mujeres entrevistadas han recibido información sexual durante el embarazo por parte de los sanitarios que la han atendido.

### LA SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO: ASPECTOS FISIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES

Se trata de conocer la sexualidad de la embarazada: por un lado, en qué manera el estar embarazada modifica la vivencia sexual (¿Hay menos deseo?, ¿Se siente el mismo placer?, ...) y por otro, en qué modo influye la actividad sexual sobre el embarazo (¿puede conllevar algún riesgo?, ¿puede provocar un aborto?, ¿puede hacer que se rompa la bolsa?, ¿puede producir una infección?, ¿puede hacer que se adelante el parto?, ¿puede que el feto note algo?... ) Estos son algunos de los interrogantes más frecuentes, que denotan el miedo y los mitos que han rodeado el tema.

Hay que destacar, en primer lugar, que la sexualidad en el embarazo va a ser continuación de la que se vivía previamente aunque con una serie de modi-

ficaciones debidas a los cambios físicos y psíquicos que tienen lugar durante el embarazo.

#### A) ASPECTOS FISIOLÓGICOS

A nivel hormonal hay un aumento de los estrógenos y de la progesterona unido a una disminución del 50% de la fracción libre de la testosterona y la dehidroepiandrosterona. Como la testosterona está relacionada con el deseo sexual se plantea si puede relacionarse con la disminución del deseo de la embarazada. Puede que influya, pero intervienen muchos otros elementos como para poder diferenciar el papel atribuible a las hormonas. Lo que si determinan más directamente son **los cambios en la Respuesta Sexual** <sup>6</sup>:

- **Mayor sensibilidad mamaria.** Puede influir positivamente, la mujer nota más sensaciones o puede ser molesto.
- **Más sensación genital.**
- **Lubricación más intensa y más rápida.** Más en multíparas.
- **Plataforma orgásmica mayor.**
- **Irritabilidad del útero aumentada.** A algunas mujeres les puede suponer incomodidad y miedo el percibir las contracciones durante el orgasmo.
- **Resolución menor.** Esa resolución incompleta puede dar una molesta sensación de plenitud residual.

Algunos de estos aspectos influyen positivamente, aumentan las sensaciones placenteras, algunas mujeres refieren orgasmos más intensos y algunas incluso refieren tenerlos por primera vez durante el embarazo, el 24.50% de las mujeres, según recoge el trabajo de Lopez Olmos<sup>7</sup>.

Estos aspectos se dan en todas las embarazadas aunque la valoración que hagan de ellos puede influir de modo diferente en su vida sexual.

Existen además molestias físicas por los cambios propios del embarazo que influyen en la sexualidad pero que no afectan de igual modo a todas las mujeres:



- **Somnolencia.**
- **Vómitos, náuseas.**
- **Fatiga.**
- **Molestias dorsolumbares.** Calambres, dolor de espalda,...
- **Molestias por el aumento de volumen abdominal.** Pueden dificultar ciertas posiciones en las relaciones sexuales.
- **Secreción láctea.** Sobre todo en el 3<sup>er</sup> trimestre.
- **Molestias urinarias.** (Polaquiuria, incontinencia de esfuerzo,)

Normalmente, el deterioro sexual será mayor en las que presenten más molestias hay una inapetencia generalizada y también sexual.

## B) ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

Entre la multiplicidad de factores que intervienen podemos destacar:

- **Personalidad previa de la mujer.**
- **La sexualidad previa.** En el caso de existir problemas o dificultades previas este no es el mejor momento de resolverlos. Todos los cambios que se producen lo complican aún más.
- **Cambios psicológicos propios del embarazo.** El estado anímico y emocional de la embarazada es muy particular. Se producen sentimientos contradictorios, tanto de felicidad y satisfacción como de miedo y ansiedad. El primer trimestre, se caracteriza por inestabilidad emocional (la mujer aún no se lo cree) y estará muy determinado por las circunstancias personales (si el embarazo es deseado, si la relación de pareja es buena, situación socioeconómica,...) Hay una introversión, la mujer se centra en lo que está ocurriendo en ella y se aísla del exterior. En el 2<sup>o</sup> trimestre, se equilibran las emociones. Es un momento de alegría y bienestar. Se perciben los movimientos fetales. En el 3<sup>er</sup> trimestre Hay una situación de sobrecarga. Aumentan las molestias físicas y la mujer se centra en el parto. Existen

temores relacionados con el parto y con el miedo a malformaciones fetales.

- **La valoración que ella y su pareja hacen de los cambios físicos del embarazo.** Las mujeres se sienten con frecuencia menos atractivas<sup>7,8</sup>. Es también importante la actitud de la pareja, el que le haga saber que a él le gusta como está. Hay mujeres que se sienten especialmente atractivas (suelen ser mujeres que valoran positivamente la experiencia de la maternidad).

- **Los mitos y tabúes.** Influye la idea, ya comentada, de que el sexo no es estrictamente necesario durante el embarazo. Hay además creencias erróneas que se plasman en miedos concretos (más frecuentes en primíparas, por ser una experiencia nueva, hay mayor inseguridad). Los principales temores se recogen en el cuadro 1.

- **Miedo a dañar al feto con la relación sexual.**
- **La idea del pene como elemento agresor.** El 15% cree que el coito perjudica al embarazo.
- **Miedo a provocar un aborto.**
- **Miedo a provocar la ruptura prematura de la bolsa.**
- **Miedo a provocar el parto antes de tiempo.**
- **Miedo a contraer infecciones.**

*Cuadro 1. Principales temores sexuales durante el embarazo.*

Estos miedos no sólo los presenta la mujer. En mayor o menor medida también afectan al varón (de hecho suelen tener menos información sobre el embarazo que las mujeres) aunque éste ha sido poco tenido en cuenta en los estudios sobre sexualidad y embarazo.

También, aunque cada vez menos, algunas mujeres entienden la sexualidad durante el embarazo sólo para la satisfacción de la pareja. Ellas no lo necesitan ahora pero consideran que es importante para el varón ó temen que éste les pueda ser infiel si no están satisfechos. En el estudio de Sueiro<sup>9</sup>, las mujeres perciben que sus parejas tienen más deseo que ellas durante el embarazo y también consideran que ellos tienen con más frecuencia orgasmos.

- **La calidad de la relación de pareja.** Es un



aspecto clave. La comunicación y la participación de ambos en todo lo relacionado con el embarazo. Es necesario que el varón no se sienta desplazado. La necesidad de expresar y compartir los sentimientos es muy importante. Hay gran necesidad de afecto y parece que los hombres suelen entenderlo (el 35.09 % de los varones eran percibidos por sus mujeres como más afectivos-).

### C) RELACIONES AFECTIVO-SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO

Teniendo en cuenta todos los aspectos fisiológicos y psicosociales comentados queda el reflejar en qué manera interactúan condicionando la sexualidad durante el embarazo. Aunque hay que considerar las variaciones personales, siguiendo a los principales investigadores sobre el tema, podemos concluir que el embarazo hay una modificación de la sexualidad en el sentido de:

- ✓ Una disminución del deseo sexual.
- ✓ Una disminución de la frecuencia de relaciones coitales.
- ✓ Conservación de la capacidad orgásmica. Es el componente que menos se altera, muchos autores encuentran que se mantiene igual que antes del embarazo y otros que incluso mejora por la mayor congestión pélvica.

Las discrepancias surgen en relación a cómo se va presentando esta disminución del deseo y de la frecuencia de coitos como puede apreciarse en el cuadro 2.

\* **Deterioro** de la actividad sexual 1<sup>er</sup> trimestre, (por descenso del deseo y coito). **Mejoría** en el 2<sup>o</sup> trimestre. **Nuevo deterioro** en el 3<sup>er</sup> trimestre. (Master y Johnson; Falicov; Vellay; Reamy).

\* **Deterioro progresivo** o lineal de la sexualidad a lo largo del embarazo. (Solberg, Perkins, Pasini, Tolor y Digracia, Reamy, Brogen, Perez Sanz y Parrilla)

\* **Deterioro mínimo** entre 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> trimestre y **deterioro importante** entre 2<sup>o</sup> y 3<sup>er</sup> trimestre.

( Robson, Ramos, Perez López)

*Cuadro 2. Cambios de la conducta sexual durante la gestación.*

Sólo hay un estudio que no encuentre cambios en la sexualidad durante el embarazo<sup>7</sup>, el de López Olmos; y sólo uno que la encuentre mejor que antes de éste( Cernoch).

Es de destacar que la mayoría de los trabajos sobre sexualidad y gestación:

- no consideran las conductas sexuales no coitales.
- no tienen en cuenta al varón.

Los factores que se relacionan con una mujer vivencia sexual en el embarazo son:

- Mujeres sin antecedentes ginecológicos.
- Gestantes sin emesis.
- Mujeres que realizan Educación Maternal.
- Concepto previo positivo de la sexualidad.
- Buena respuesta sexual previa.

## ¿CÓMO AFECTA LA ACTIVIDAD SEXUAL AL EMBARAZO?

Cabe plantearse si la actividad sexual puede entrañar algún riesgo en el curso normal del embarazo. Numerosos estudios han puesto de manifiesto que se hacen restricciones médicas arbitrarias respecto a la sexualidad en el embarazo<sup>5,6,7,8,10</sup>. López Olmos- destaca la prohibición del coito en un 10% de las gestantes entrevistadas.

En el "Manual de Asistencia al Embarazo normal" de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia<sup>11</sup> se dice, con claridad, que la actividad sexual no entraña riesgos en un embarazo normal. La mayoría de los autores coinciden en ello <sup>5,6,7,8,9,10</sup>.

Se ha demostrado que **no existe relación directa entre la actividad sexual y el aumento de** las siguientes **complicaciones:**

- abortos.
- partos pretérminos.
- infecciones.
- bradicardia y sufrimiento fetal.
- mortalidad fetal y neonatal.

El riesgo de aborto y parto pretérmino se ha atribuido:

- **a las contracciones uterinas desencadenadas por la oxitocina liberada durante la actividad sexual.** Erróneamente se han atribuido al coito las contracciones uterinas, que en realidad son desencadenadas por el orgasmo femenino, considerándose peligroso el coito y no otras prácticas, como la masturbación con la cual pueden tenerse orgasmos incluso más intensos. La respuesta del útero a la oxitocina aumenta con la gestación de tal manera que estas contracciones no son lo suficientemente intensas para desencadenar el parto ni para producir sufrimiento fetal, aunque se han registrado disminuciones de la frecuencia cardíaca fetal, sin efecto nocivo, durante ellas.

- **a la acción de las prostaglandinas (PGS) contenidas en el semen.** Esta liberación de PGS durante el coito tampoco es capaz de desencadenar el parto en una gestación normal.

Alonso Alvaro<sup>5</sup> cita el trabajo de Georgakopoulos (1984) en el que no se encontró diferencias en la frecuencia de coitos y orgasmos entre mujeres con parto pretérmino y parto a término y también a Perkins (1984) que demostró mayor actividad sexual y orgasmos en mujeres que daban a luz a término, en comparación con las que daban a luz prematuramente. Este autor argumentó que una vida sexual satisfactoria puede predisponer a la disminución de tensiones, que influyen en el desencadenamiento del parto prematuro.

La creencia de que el coito es peligroso en el tercer trimestre está bastante extendida. En un estudio en el que se elegían al azar a 100 gestantes, que acudieron de parto a las Urgencias de un hospital, la mayoría habían tenido su última relación sexual antes del parto en el 7º mes y medio de embarazo<sup>7</sup>. Clásicamente se recomendaba evitar el coito entre las últimas 4-6 semanas de embarazo.

Si el embarazo cursa con normalidad y la embarazada y su pareja lo desean, se pueden mantener relaciones sexuales hasta el final de la gestación<sup>11</sup>... Las situaciones clínicas que aconsejan moderación o abstinencia de la relación sexual se presentan en el cuadro 3.

- Aborto de repetición (de causa no hereditaria)
- Hemorragia genital
- Amenaza de aborto ( sólo en el 1t.)
- Amenaza de parto prematuro

- ó situaciones favorecedoras (embarazo múltiple, incompetencia cervical, malformaciones uterinas, miomas,...)
- Rotura Prematura de Membranas
- Insuficiencia placentaria ( CIR )
- Patología médica importante (asma, cardiopatía, hipertensión,..)
- Enfermedad de Transmisión Sexual

*Cuadro 3. Situaciones clínicas que aconsejan moderación o abstinencia de la relación sexual.*

## ORIENTACIÓN SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO

Dado que la sexualidad en esta etapa de la vida de la mujer está condicionada por sus actitudes y vivencias sexuales anteriores, la intervención de los profesionales debería incluir:

- **Educación Sexual desde la infancia**, conformando actitudes positivas hacia la sexualidad en la vida adulta.
- **Orientación Sexual durante el embarazo.**
- **Orientación Sexual en el puerperio y la lactancia.**

La atención a la gestante se produce durante un período prolongado lo cual favorece que se establezcan unos niveles de acercamiento y confianza óptimos para que las mujeres planteen demandas sobre cuestiones sexuales a los profesionales sanitarios que las atienden, en especial las matronas. Los principales aspectos sobre los que se debe informar y orientar son:

1. **Información sobre los cambios físicos y psíquicos** durante el embarazo que pueden influir en las relaciones sexuales.
2. **Información sobre la inocuidad** de la mayoría de las prácticas sexuales en el embarazo, contribuyendo a la eliminación de mitos: las relaciones



sexuales en un embarazo normal no favorecen el aborto, ni provocan partos prematuros, ni hemorragias, ni rotura prematura de membranas, ni provocan daño al feto, etc..

3. En el caso de **motivos clínicos para reducir o anular las relaciones sexuales**, informar y justificar con claridad, ofrecer alternativas y sobre todo **informar sobre la reanudación de éstas** (con frecuencia una mujer a la que se le contraindica que tenga relaciones por amenaza de aborto en el primer trimestre va a prescindir de ellas durante todo el embarazo porque no se le aclara que puede volver a tenerlas una vez superado el problema y por la dificultad de preguntar sobre ello).

4. Favorecer la **comunicación sexual con la pareja** (cómo viven ambos los cambios del embarazo, que las mujeres no consideren que pierden su atractivo).

5. Prestar **atención también al hombre** (a veces hay ambivalencia frente al embarazo y miedo a las relaciones).

6. Información sobre las **posturas más recomendadas** para evitar, sobre todo al final del embarazo, la presión sobre el vientre.

7. Dar a conocer **las ventajas de la sexualidad** en la gestación: es una fuente de bienestar y placer que contribuye a la armonía con la pareja y libera de tensiones y favorece la elasticidad y flexibilidad de los músculos perineales.

La matrona aborda estos contenidos sobre sexualidad:

- En las consultas de atención al embarazo: desde las primeras visitas se orienta a la mujer y a su pareja sobre el modo de vivir con satisfacción su sexualidad en este periodo. La consulta individualizada es el marco idóneo para tratar los aspectos más íntimos.

- En el programa de Educación Maternal: se dedica un espacio sobre sexualidad: concepto y actitudes ante la sexualidad, respuesta sexual humana y sexualidad en el embarazo y puerperio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vilella, A., Borra, V., editors. Historia de la Medicina. Barcelona: Plaza y Janes, 1994.

2. Vidart Aragón, J.A. et al : Pregrado. Obstericia y Ginecología. Madrid: Luzan, 1988.

3. Altirriba, J.A. Obstetricia. Barcelona: Salvat, 1.980.

4. Aguirre de Cárcer, A. Preparación a la maternidad. Madrid: Morata, 1.989.

5. Alonso Alvaro et al. Sexualidad en el embarazo. Madrid: Cauce, 1996.

6. Masters, W., Johnson, V. Y Kolodny, R. La sexualidad humana . Barcelona: Grijalbo, 1987.

7. López Olmos, J. Sexualidad en el embarazo. Estudio Prospectivo. Ginecol. 1988, 31:219-230.

8. Santamatía Lozano, R. Sexualidad en el embarazo. En: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia: Manual de Asistencia al Embarazo Normal . Zaragoza: Fabre González, 1993: 257-267.

9. Sueiro, E. et al . Sexualidad en el embarazo vivencia que tiene la mujer de la suya propia y de la de su pareja. Revista Iberoamericana de Fertilidad 1995, Vol. XII (6) : 35-41.

10. Perez López, FR et al. Comportamiento sexual de la embarazada. Prog. Obstet.-Ginecol. 1987, 30 (6): 363-367.

11. Servicio Andaluz de Salud. Manual de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio. Sevilla: Junta de Andalucía, 1994.



## LA DEPRESIÓN

Graciela Kasanetz Psicóloga-Psicoanalista Colegiado M-03615

**E**l término depresión está de moda, tanto expertos como legos debaten sobre el tema en publicaciones, congresos y coloquios.

Con la misma palabra se designan fenómenos diferentes y se tiende a diluir las fronteras diagnósticas en función de la descripción de síntomas.

Desde la psicología, la sociología, la psiquiatría, se apunta a distintas causalidades de la depresión.

Se atribuye la depresión a estrategias equivocadas para encarar conflictos o situaciones de pérdida, a errores cognitivos, a estrés.

Se señala a la depresión como un mal de nuestra época en las sociedades desarrolladas caracterizadas por el derrumbe de los ideales, las dificultades en las relaciones personales y la escasez cada día más acentuada de la posibilidad de trabajar.

La psiquiatría, apoyada en la farmacología, apunta a los trastornos del humor y se sitúa enteramente en el registro del cuerpo como organismo, presentando el antidepresivo de moda como la panacea.

La causalidad de estos diversos enfoques excluye la subjetividad, la posición de cada persona frente a sus circunstancias tanto externas como internas.

Los estados afectivos, y en particular la tristeza están en íntima correlación con la posición subjetiva.

La depresión aparece muchas veces asociada a una pérdida, esta pérdida puede ser la de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el trabajo, el ideal.

La depresión supone, además de la tristeza, el desinterés por el mundo externo en cuanto no se relacione con el objeto perdido y la imposibilidad de establecer nuevos vínculos afectivos en reemplazo de los perdidos; la persona deprimida restringe sus vínculos con los demás, retrae su interés respecto de personas y cosas.

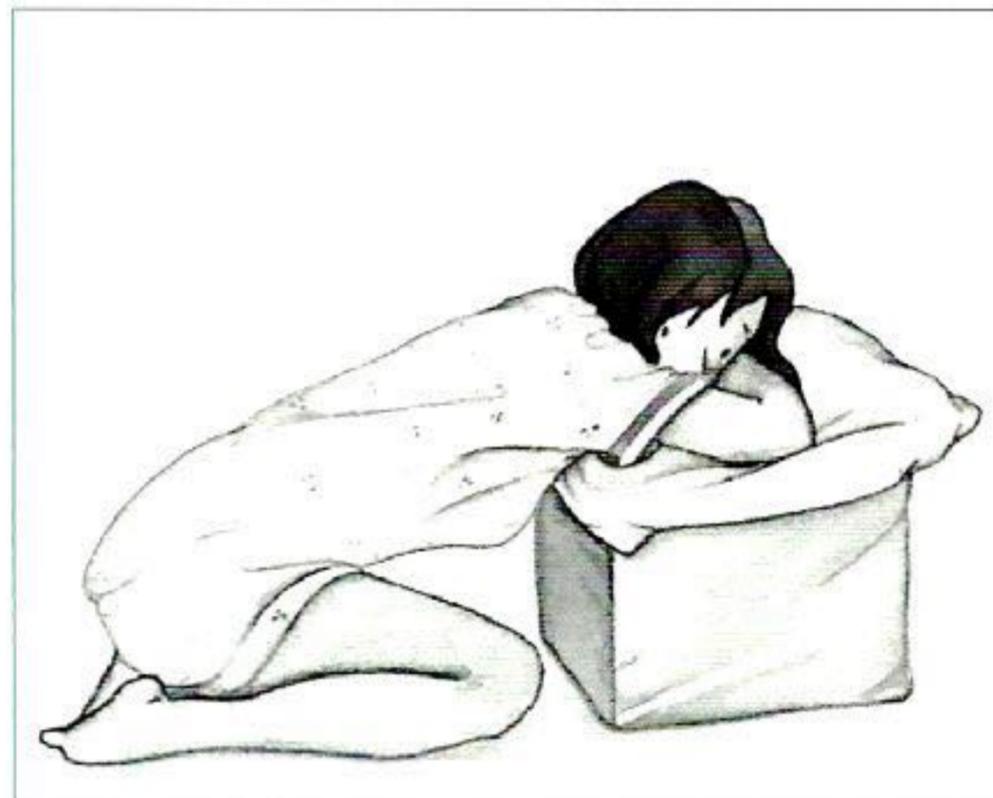
Cuando la depresión responde a una pérdida real, la inhibición y las restricciones que padece la persona se nos hacen comprensibles como expresión de su entrega total al proceso de duelo por lo que ha perdido, y ese estado no nos parece patológico porque nos lo podemos explicar perfectamente. La persona que la padece conoce conscientemente o al menos intuye qué es lo que ha provocado su sufrimiento, y sólo en algunos casos es necesaria la ayuda especializada para superar el proceso de duelo y evitar que se cronifique.

La labor que se lleva a cabo durante el duelo supone abandonar los lazos con el objeto perdido, pero contra esto surge la resistencia a hacerlo; en algunos casos esta resistencia puede ser tan intensa que el sujeto se aparte de la realidad para conservar el objeto perdido, recurriendo a la fantasía o al delirio. Lo normal es que se termine aceptando la pérdida de un modo paulatino y finalmente se vuelva a quedar libre de toda inhibición; la energía psíquica vinculada al objeto perdido vuelve a quedar a disposición del sujeto para establecer nuevos vínculos en un mundo que vuelve a atraer su atención.

Existen situaciones que dificultan enormemente el normal desarrollo del proceso de duelo; por ejemplo aquellas en las que la pérdida del objeto amado no puede ser corroborada en la realidad (es el caso de los detenidos o secuestrados/desaparecidos y el de los desaparecidos de los miles de historias que pueblan los "quién sabe dónde").

La depresión no aparece siempre ligada a una pérdida, hay personas que se deprimen en situaciones de ganancia, no cuando pierden algo, sino paradójicamente, cuando consiguen algo largamente anhelado (una relación amorosa, un trabajo, un título académico, la superación de alguna dificultad importante, el reconocimiento de los demás a algún logro propio, etc.).

La depresión post-parto (en la que no nos extenderemos en este artículo) es un ejemplo paradigmático de las dificultades de los seres humanos para disfrutar de lo deseado y conseguido.



Sigmund Freud descubre que los sujetos humanos se quejan de que no pueden alcanzar lo que desean, pero que cuando lo alcanzan eso les resulta también problemático. No es fácil poder soportar verdaderamente el deseo, los seres humanos retroceden con frecuencia ante las dificultades que les supone asumir sus deseos.



La paradoja de la depresión que aparece al lograr lo anhelado se hace comprensible al comprobar que para cada ser humano existe una realidad psíquica, un mundo interno que tiene tanta relevancia como las circunstancias externas en las que le toca desarrollar su vida.

La consecución de un deseo consciente puede entrar en contradicción con este mundo interno y provocar un conflicto que lleve a enfermar.

Los síntomas psíquicos constituyen también

un modo de satisfacción para quien los padece, una satisfacción contraria al propio bienestar; pero satisfacción al fin. Freud nos lo recuerda apuntando que la pérdida de una persona amada, por ejemplo, puede constituir una excelente ocasión para poner de manifiesto la ambivalencia de las relaciones afectivas. Una persona puede refugiarse en la enfermedad para conseguir indirectamente su venganza y atormentar a los que ama por medio de ésta, refugiándose en la enfermedad para no tener que mostrar abiertamente su hostilidad. Este comportamiento no es un acto consciente y generalmente se presenta como incomprensible para el propio sujeto.

La depresión post-parto, que es generalmente pasajera y que se relaciona entre otros motivos con las dificultades normales de la asunción de la maternidad (miedo a una situación nueva, pérdida de un estado de completud, la carga de la responsabilidad frente al hijo, la reactivación de las ansiedades de separación, etc.), sólo se cronifica y se vuelve patógena cuando se suma a la situación externa algún conflicto interno (por ejemplo una historia de dificultades en la relación de la puerpera con su propia madre). El conflicto interno se encuentra en la situación real una ocasión para ponerse de manifiesto.

La depresión no tiene la misma importancia ni el mismo tratamiento en las distintas estructuras psíquicas, por ello es preciso ubicar y diferenciar la depresión en la neurosis y en la psicosis, aunque fenomenológicamente pueden parecerse.

La precisión diagnóstica es nuclear para el éxito terapéutico.

La psicofarmacología es en algunas depresiones un apoyo terapéutico necesario, pero siempre en combinación con la psicoterapia.

Cualquier tratamiento que deje de lado la historia y la implicación de la persona afectada en su propio padecimiento, sólo tendrá una eficacia transitoria. La depresión sólo se cura cuando desaparece el conflicto interno que la produce.

## BIBLIOGRAFÍA

- Sigmund Freud: *Duelo y melancolía. Obras Completas.* Biblioteca Nueva de Madrid.
- Sigmund Freud: *Los que fracasan al triunfar. Obras Completas.* Biblioteca Nueva de Madrid.

# LA MATRONA Y EL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO. REANIMACIÓN Y PRIMEROS CUIDADOS

Francisco Javier Idígoras Hurtado, Lourdes de la Pisa Latorre

D. E. Residentes 2.º Curso. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)

H. U. Virgen del Rocío (Sevilla)

## INTRODUCCIÓN

El recién nacido de alto riesgo es aquel cuyo estado de salud lo vuelve particularmente propenso al aumento de la morbilidad o la mortalidad, a causa de dismadurez, inmadurez, trastornos físicos o complicaciones del nacimiento.

En la gran mayoría de los casos, este recién nacido es producto de un embarazo que se caracterizó por uno o varios factores de riesgo predecibles. Estos factores son, por ejemplo (Fig. 1):

MATERNOS	LIGADOS AL PARTO	LIGADOS AL ESTADO FETAL
Diabetes	Presentaciones distócicas (Nalgas-Bregma)	Embarazo múltiple
Hipertensión arterial	Fracaso de trabajo de parto	Hipotrofia fetal
Toxemia	Distocia funcional	Prematuridad
Síndrome vasculorrenal	Procidencia de cordón	Sufrimiento fetal agudo clínico:
Infecciones	Cesárea	-aguas teñidas
Isoinmunización RH	Fórceps alto o difícil	-bradicardias
Intoxicación	Medicación sedante o analgésica durante el parto	Anomalías de la FCF
Placenta previa u otra hemorragia	Rotura prematura de membranas	Acidosis fetal
Otras enfermedades maternas		

Fig. 1. Situaciones de riesgo antenatal o intraparto.

- nivel socioeconómico bajo de la madre
- alteraciones maternas preexistentes (cardiopatías por ejemplo)
- factores obstétricos como el binomio edad-paridad, alteraciones médicas relacionadas con el embarazo
- complicaciones obstétricas, como el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta y otras

Si se conocen estos factores y los riesgos perinatales que los acompañan, a menudo se pueden hacer

preparativos para el nacimiento de muchos neonatos de alto riesgo. Es posible establecer una adecuada vigilancia durante el embarazo, instituir el tratamiento adecuado y hacer todos los arreglos necesarios para que el nacimiento ocurra en un centro de asistencia que disponga de equipo y personal apropiados para atender tanto a la madre como al recién nacido.

El diagnóstico de riesgo fetal y, por tanto, de recién nacido de riesgo, se puede realizar a nivel antenatal y perinatalmente a través de la utilización de distintas técnicas e instrumentos diagnósticos. Antenatalmente, el embarazo de alto riesgo suele identificarse en las consultas prenatales a través de:

- Historia clínica
  - Datos de laboratorio (serología, factor Rh)
- También disponemos de una batería de pruebas que hacen posible conocer a priori, en etapas tempranas de la gestación, la existencia de posibles afecciones fetales y valorar cuál es el grado de madurez fetal. Por ejemplo:

- Amniocentesis. Nos da información sobre:
  - \* diagnóstico de eritroblastosis (aumento de bilirrubina en líquido amniótico)
  - \* diagnóstico de enfermedad de membrana hialina (a través de la relación lecitina-esfingomielina)
  - \* diagnóstico de madurez por análisis de creatinina en líquido amniótico

- Pruebas de imagen, como la ecografía
- Estudios hemodinámicos, como la velocimetría Doppler

Perinatalmente, la vigilancia cardíaca fetal desempeña un papel crucial en la identificación tanto de sufrimiento fetal como de un recién nacido de ries-



go. A pesar de todo, no siempre puede efectuarse la predicción de un recién nacido de alto riesgo, porque existen aún muchos factores relacionados con el parto que no son bien conocidos, ni tampoco se puede decir la manera en que el feto soportará la tensión del proceso.

Una vez que se produce el nacimiento, tenemos dos instrumentos muy eficaces para valorar al recién nacido:

- Puntuaje de Apgar
- Carta de clasificación neonatal y de riesgo de mortalidad neonatal

El Puntuaje de Apgar es un método que introdujo Virginia Apgar en 1952 y se basa en la puntuación de cinco variables (Fig. 2): Color, Frecuencia cardíaca, Esfuerzo respiratorio, Tono muscular e Irritabilidad refleja.

SIGNOS	0	1	2
Latido cardíaco	Ausente	Inferior 100 p.m.	Superior 100 p.m.
Movimientos respiratorios	Ausentes	Llanto débil, hipoventilación	Llanto fuerte y vigoroso
Tono muscular	Hipotonía	Discreto tono en flexión de las extremidades	Buen tono en flexión, movimientos activos
Respuesta al paso de sonda por la nariz	Sin respuesta	Mueca	Tos o estornudo
Color	Cianosis, palidez	Acrocianosis, resto sonrosado	Totalmente sonrosado

Fig. 2. Test de Apgar.

El otro instrumento de utilidad para identificar al recién nacido de riesgo es la Carta de clasificación neonatal y de riesgo de mortalidad neonatal (Lubchenco y cols., 81:814). Antes de elaborar este instrumento de clasificación, el único criterio para estimar la madurez era el peso del recién nacido. Hoy día, se valoran conjuntamente tanto el peso como la edad gestacional, quedando descritas 9 categorías para clasificar al neonato según estas dos variables:

- \* Pretérmino, grande para la edad gestacional (Pr G. E. G.)
- \* Pretérmino, apropiado para la edad gestacional (Pr, A. E. G.)
- \* Pretérmino, pequeño para la edad gestacional (Pr P. E. G.)

- \* Término, grande para la edad gestacional (T G. E. G.)
- \* Término, apropiado para la edad gestacional (T A. E. G.)
- \* Término, pequeño para la edad gestacional (T P. E. G.)
- \* Postérmino, grande para la edad gestacional (Po G. E. G.)
- \* Postérmino, apropiado para la edad gestacional (Po A. E. G.)
- \* Postérmino, pequeño para la edad gestacional (Po P. E. G.)

Los recién nacidos grandes para su edad gestacional (G. E. G.) son los que están por encima del percentil 90 de peso. Los recién nacidos adecuado para su edad gestacional (A. E. G.) son los que están entre el percentil 10 y 90 de peso. Los recién nacidos pequeños para su edad gestacional (P. E. G.) son los que están por debajo del percentil 10 de peso. Es evidente que los recién nacidos con mayor riesgo de mortalidad neonatal son aquellos que se encuadran en la categoría Pr P. E. G.

## DESARROLLO

### ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO ASFÍCTICO.

La clave de la asistencia óptima es la prevención por lo tanto, para ello es necesario identificar a la población de riesgo y definir el problema.

#### Fisiopatología de la asfixia.

Los cambios bioquímicos que se producen son:

- se pasa de un metabolismo aerobio a un metabolismo anaerobio, por la falta de oxígeno que condiciona la hipoxia.
- se produce la acumulación de lactato por una oxidación incompleta de la glucosa
- disminución del pH. Acidosis.

Es importante destacar que existen varios factores que hacen que el recién nacido tolere mejor la asfixia que el adulto (mecanismos compensadores). Es probable que un índice metabólico más lento de los tejidos (particularmente el tejido encefálico) preserve al recién nacido de la aparición de daño



neurrológicos (serán manifestados por una puntuación baja del Apgar a los cinco minutos).

Una vez descritos estos cambios fisiopatológicos, vamos a centrarnos en el tratamiento en sí del recién nacido asfíctico, en la reanimación.

### **Evolución histórica.**

Aunque la reanimación boca a boca se conoce desde la Antigüedad, y si bien la bibliografía de los siglos XVII, XVIII y XIX contiene menciones esporádicas sobre la ventilación con presión negativa, no es hasta el segundo cuarto del siglo XIX cuando se empieza a establecer las bases para la reanimación del recién nacido ventilando con presión positiva mediante sonda endotraqueal.

De todas formas, hasta los dos últimos decenios se han seguido utilizando técnicas basadas en la observación empírica y no en la experimentación animal en condiciones controladas.

### **Condiciones previas.**

El neonato asfíctico debe ser colocado en un medio con temperatura neutra para su reanimación. En la actualidad, lo más efectivo es una fuente de calor radiante colocada por encima de la cabeza, la cual debe ser utilizada en toda sala de partos. Se ha demostrado que el neonato a término desnudo y húmedo colocado sobre una mesa descubierta en la sala de partos con una temperatura ambiente de 25° C pierde 4° C de temperatura cutánea a los 5 minutos y 2° C de temperatura corporal a los 20 minutos. La importancia de mantener abrigado al recién nacido asfíctico se basa en que los estímulos fríos, además de aumentar el metabolismo, producen vasoconstricción, potenciando más la acidosis, con la consiguiente mala perfusión de los tejidos sometidos a hipoxia. También se incrementan los ácidos grasos libres depleccionando la glucosa. Se favorece la aparición de querníctero y otras complicaciones.

### **¿Quién realiza la reanimación?**

Existen varios motivos, por los que la matrona debe conocer el procedimiento:

1.- La reanimación será llevada a cabo por la persona más competente del equipo, sea enfermera, matrona, pediatra o anestesiista (Sheldon B. Korones).

2.- El equipo deberá estar compuesto como mínimo por dos personas, una para intubar y ventilar y otra para controlar la frecuencia cardíaca, proporcionar masaje e introducción de catéteres en vasos umbilicales, si hiciera falta.

3.- Hoy día existen muchas maternidades en las

que el pediatra no está presente en todos los partos; por ello, es indispensable que otras personas que habitualmente sí están en la sala de partos tengan los debidos conocimientos.

### **Equipo y material:**

Para todo recién nacido:

- Fuente de calor
- Mesa de reanimación
- Equipo de aspiración
- Fuente de oxígeno
- Sondas de aspiración nasofaríngeas de tamaños adecuados
- Mascarillas y ventilador manual. El más usado es el Ambú manual, que limita la presión de insuflación a 30 ó 40 cm de agua.

### **Para intubar:**

- Laringoscopio de hoja corta (con pilas y bombillas)
- Tubos endotraqueales del 2.5 al 4
- Pinzas de Magill
- Adaptadores tubos endotraqueales-Ambú
- Esparadrapos
- Sondas de aspiración y estetoscopios

### **Para cateterismo venoso:**

- Pinza de Moria recta y curva
- Par de tijeras pequeñas
- Pinzas de Halsted
- Pinzas de Kocher
- Jeringas de 10 y 20 ml
- Llave de tres pasos
- Campo estéril
- Seda
- Catéteres umbilicales

Será necesario, igualmente, disponer de un aparato de medición de gases por microtoma, un tensiómetro, para medir la tensión arterial, y un aparato de radiografías.

#### Medicación:

- Adrenalina: catecolamina endógena con actividad alfa y beta adrenérgica. La dosis será de 0'01 a 0'03 mg por kg de peso y dosis, intravenosa, intraósea o intratraqueal; cada 5 minutos dos o tres dosis.
- Atropina: alcaloide parasimpaticolítico que aumenta el automatismo del nódulo sinusal. La dosis será de 0'01 a 0'03 mg por kg de peso y dosis, intravenosa, intraósea o intratraqueal; cada 5 minutos dos o tres dosis. También se contempla nebulizar y la vía subcutánea.
- Bicarbonato sódico 1 M, 1 cm cúbico por kg de peso y dosis. Se trata de un agente alcalinizante que neutraliza los iones hidrógenos.
- Naloxona. La dosis será de 0'01 a 0'1 mgr por kg de peso, por vías intravenosa, subcutánea o intramuscular.
- Otros fármacos utilizados: Isoprotenerol, Gluconato cálcico, Lidocaína...

#### Técnica:

En cuanto a la asepsia, se pondrá especial atención en que toda persona que entre en la sala de partos y tenga que tocar al niño, realizará un cuidadoso lavado de manos y se cubrirá el cabello. La persona que atienda al recién nacido se lavará las manos, se pondrá bata estéril, guantes y mascarilla. Todas estas medidas van a contribuir a disminuir la infección posnatal. Los pasos a seguir son los siguientes:

#### 1.º Ventilación con mascarilla.

Después de la desobstrucción faríngea y nasal, se extiende la cabeza hacia atrás y se abre la boca presionando sobre el maxilar inferior con el cuarto y quinto dedo de la mano izquierda. La mascarilla se aplica de forma firme sobre nariz y boca, sujetándolos con los otros dedos de la mano izquierda. La ventilación se efectúa con oxígeno puro de forma rápida, de 30 a 40 insuflaciones por minuto.

#### 2.º Intubación endotraqueal (Fig. 3).

El niño es ventilado con oxígeno puro durante 30 segundos. La sonda endotraqueal puede ser introducida por nariz o boca.

- Por vía nasal: se introduce por nariz hasta faringe mientras la hoja del laringo se introduce en la boca

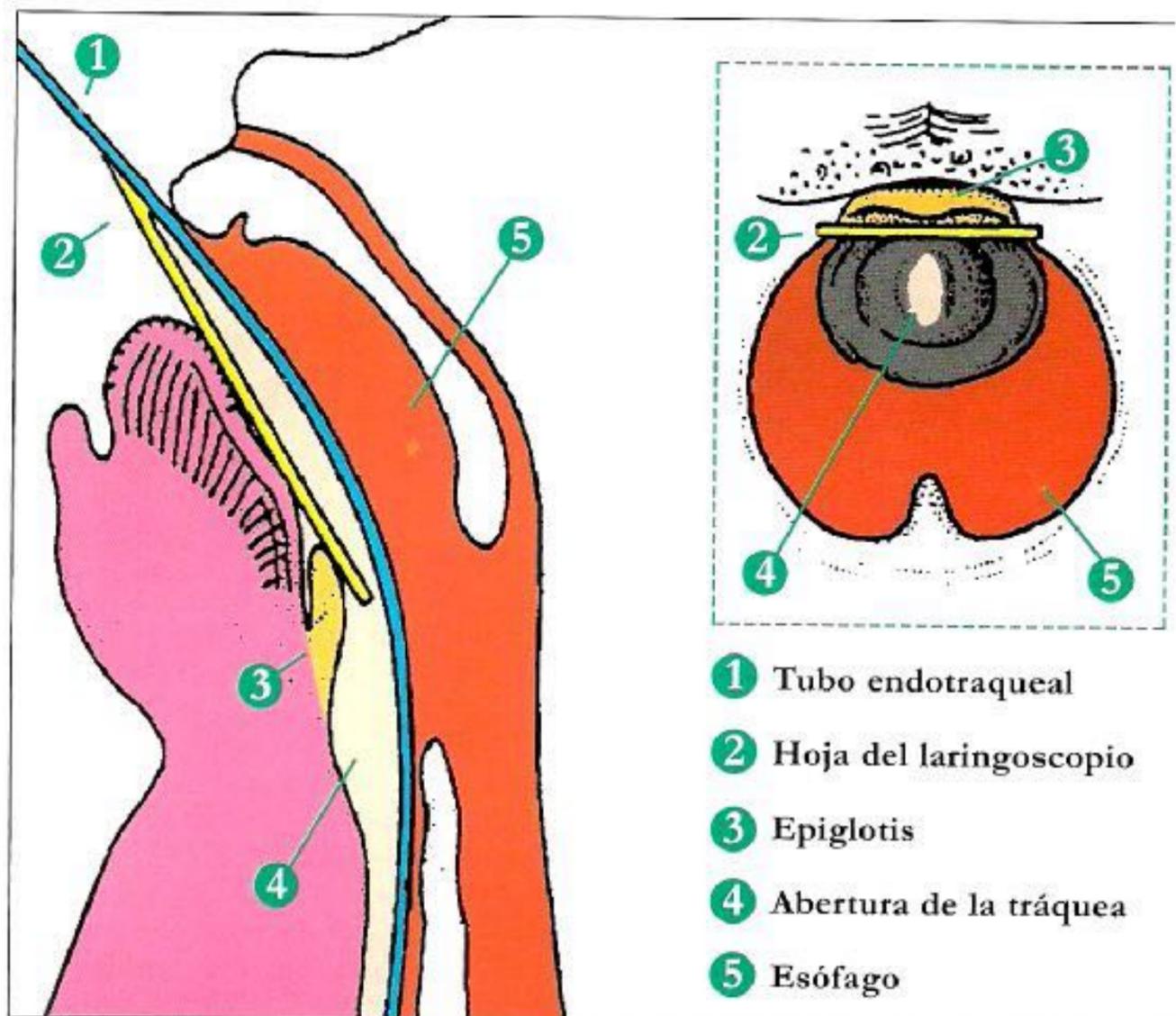


Fig. 3. Aspectos durante la intubación endotraqueal.

con la mano izquierda. Se coloca el extremo entre la base de la lengua y la epiglotis. La sonda endotraqueal que se visualiza en la faringe posterior se coge con las pinzas de Magill y se introduce 2 ó 3 cm por debajo de las cuerdas vocales. Actualmente en desuso.

- Por vía oral: se introduce el laringo entre la base de la lengua y la epiglotis y, visualizando las cuerdas vocales, se introduce el tubo endotraqueal por la boca desde el ángulo derecho.

#### 3.º Masaje cardíaco externo (Fig. 4).

El operador abarca el tórax con las dos manos colocando los dedos sobre la columna vertebral y los pulgares sobre el esternón a la altura de las mamilas. Comprimir de manera rápida y firme con ambos pulgares a una frecuencia entre 60 y 80 veces por minuto. El masaje cardíaco externo debe ir coordinado con la insuflación a un ritmo de 2:1, es decir, 2 compresiones, una ventilación. Se debe hacer una insuflación cada 2 segundos.

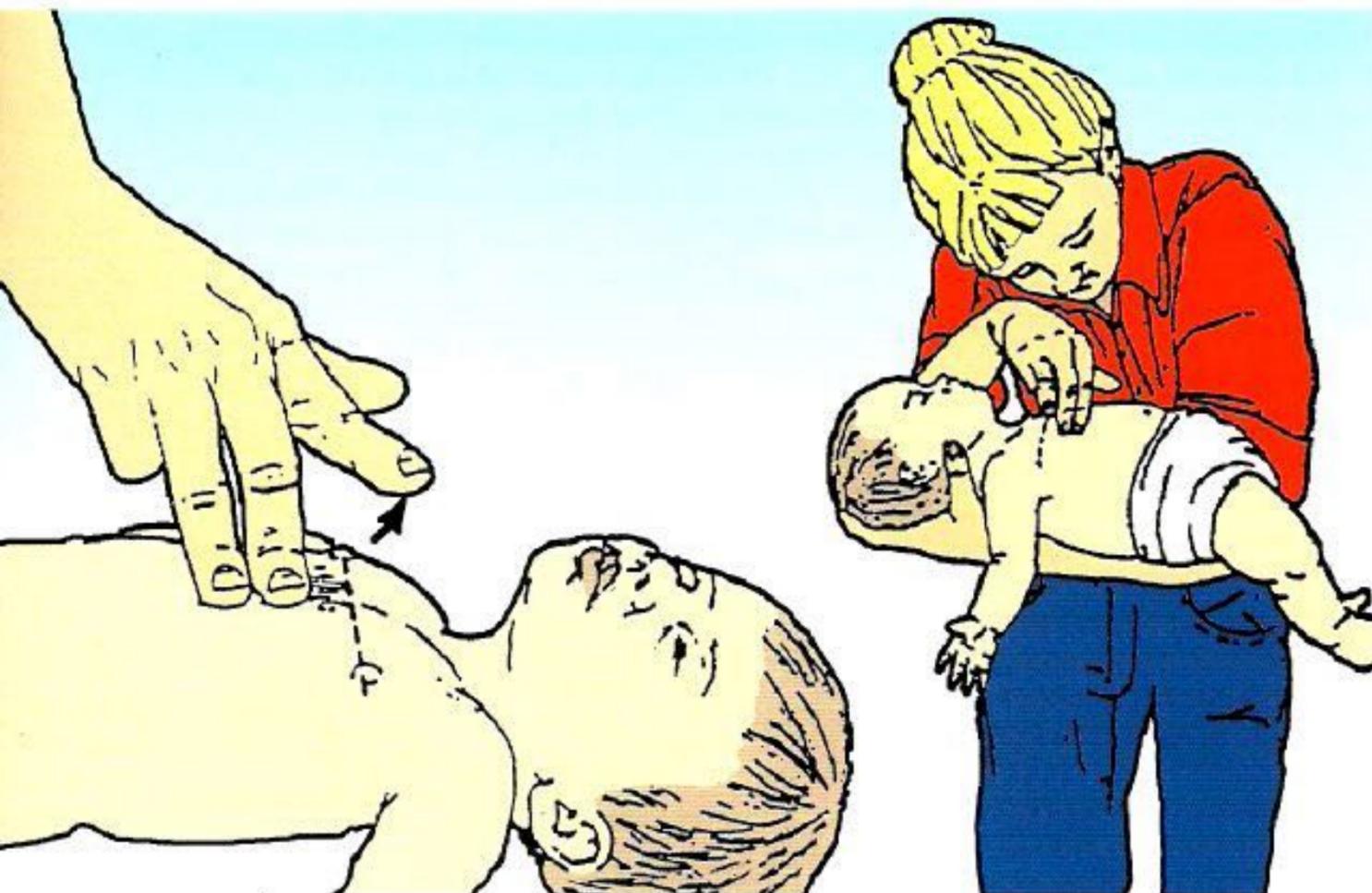


Fig. 4. Área de compresiones torácicas. Apoye la punta del tercer y cuarto dedos.

4.º Cateterismo venoso.

Cortar el cordón aproximadamente a 2 cm de la pared abdominal. La vena suele ser fácilmente visible. Se procede con cuidado a la canalización de la misma.

**INDICACIONES**

El estado del niño se valora al nacimiento, al primer minuto de vida, mediante el Test de Apgar. Durante el primer minuto, se le coloca bajo la fuente de calor, se le aspiran las secreciones orofaríngeas y nasales, si lo precisa, se le estimula físicamente y, por último, se le seca la piel.

**A.- Test de Apgar entre 3 y 7 al primer minuto. Situación de gravedad moderada (Fig. 5).**

APGAR	CONDUCTA
Superior a 7	Desobstrucción nasal y faríngea Estímulos externos Oxígeno delante de la nariz y boca
De 3 a 7	No hay regla fija. (actuar según el estado del niño)
Inferior a 3 al minuto	Intubación endotraqueal Masaje cardíaco externo
Inferior a 5 a los 5 minutos	Cateterismo de V.U. para tamponamiento

Fig. 5. Medidas de reanimación según el Test de Apgar.

Si no se establece una ventilación espontánea después de la aspiración y estimulación, se produce bradicardia. Está indicada la ventilación con mascarilla y oxígeno.

**A.1.-** En la mayoría de los casos, el niño reemprende una ventilación espontánea. La frecuencia respiratoria se normaliza. Se puede suspender la ventilación constando que la mejoría clínica es estable. A continuación se coloca al

niño bajo un hood de oxígeno calentado previamente y a una concentración del 30 al 40%. Dependiendo del pH (si es inferior a 7'05) se administrará o no bicarbonato sódico.

**A.2.-** Si la situación no mejora (Apgar inferior a 5 a los 5 minutos), persiste la bradicardia y la ventilación es ineficaz, es necesario recurrir a la intubación, hacer masaje cardíaco y corregir la acidosis.

**B.- Test de Apgar inferior a 3 al primer minuto. Situación grave.**

La actuación debe ser rápida. Son necesarias varias personas. Se procede a:

- intubación endotraqueal
- aspiración y ventilación con oxígeno puro
- masaje cardíaco

Siempre existe acidosis metabólica importante, por lo que es necesario la administración de bicarbonato sódico (colocación de catéter en vía umbilical). La primera medida debe ser la oxigenación y sólo cuando se ha logrado una buena ventilación se administrará el bicarbonato. En los minutos posteriores, la evolución puede dirigirse a:

**B.1.-** Mejoría rápida. La asfixia ha sido grave pero corta. Se procede a extubación, colocación en incubadora (36-37º C) con hood de oxígeno a 30-

40%. Se realiza medición de gases y se valora el estado hemodinámico a través del tiempo de recoloración capilar y la tensión arterial. Por último, se inicia perfusión de glucosa al 10%.

**B.2.-** No se aprecia mejoría. Contemplamos dos posibles casos:

**B.2.1.-** Si la frecuencia es mayor de 100 latidos por minuto, pero no se restablece la ventilación espontánea, es necesario instaurar ventilación artificial y su traslado a servicio de cuidados intensivos. Durante el traslado, el niño estará colocado bajo un foco de calor y con una perfusión de glucosa al 10%.

**B.2.2.-** Si la frecuencia es menor de 100 latidos por minuto, se administrará un simpaticomimético (Atropina) hasta que se normalice la frecuencia. Debe abandonarse toda reanimación si no hay signos de actividad cardíaca al cabo de 15 minutos.

## CASOS ESPECIALES

### 1.- Recién nacido adormilado.

Después de una anestesia general o en el caso de

administración medicamentosa a la madre poco antes del expulsivo, no es raro que el recién nacido deprimido no respire espontáneamente. El estado circulatorio es habitualmente bueno, siendo fácil mantener una buena coloración con la ventilación con mascarilla. Esta situación puede mantenerse durante varios minutos sin que sea necesaria la intubación. Si se ha utilizado un derivado mórfico para dormir a la madre, puede utilizarse la Naloxona por vía I. M.

### 2.- Líquido amniótico teñido de meconio.

Incluso en los casos en los que la depresión es moderada, debe procederse a la intubación endotraqueal para aspirar el contenido meconial. Si, por el contrario, ventilamos antes de la aspiración traqueal, el encharcamiento alveolar por el meconio conllevará la aparición de un distress respiratorio grave.

## AGRADECIMIENTOS

A los profesores de la Unidad Docente de Matronas Manuel Jesús García Martínez y Juan Ignacio Valle Racero por su asesoramiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ, J. A.; PERALES, N. (1996): Guía de resucitación cardiopulmonar básica. Comité Español de RCP. Editorial Masson. Barcelona, pp. 47-49.
- AMIEL-TISON, C. L.; LEBRUN, F. (1981): ABC de Medicina neonatal. Editorial Masson. Barcelona, pp. 3-16.
- AVERY, G. B. (1990): Neonatología. Panamericana. 3.º edic. Buenos Aires (Argentina), pp. 234-239.
- BROWN, R. J.; VALNAN, H. B. (1986): Neonatología en la práctica pediátrica. Intermédica. 3.º edic. Buenos Aires (Argentina).
- KLAUSS, M.; FANAROFF, D. (1981): Asistencia al recién nacido de riesgo. Panamericana. Buenos Aires (Argentina), pp. 41-51.
- KORONE, Sh. B. (1981): Cuidados intensivos del recién nacido. Editorial Masson. Barcelona, pp. 57-67.
- LUBCHENCO, L. O. y cols. (1972): Neonatal mortality rate: relation ship to birth weight and gestational age. En J. Pediatric, 81: 814.
- ODDS, S. B. et al (1987): Enfermería Materno-infantil. Interamericana-McGraw-Hill. 2.º edic. Tomo II. México, pp. 833-837.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE EMERGENCIAS. SUBCOMITÉ DE RCP (1994): Recomendaciones en resucitación cardiopulmonar básica. ELA. Madrid, pp. 13-18.

## MEDIDAS Y MANIOBRAS URGENTES: DISTOCIA DE HOMBROS

Asunción López-Sáez y López de Teruel. Matrona del Hospital General de Motril, (Granada).

### RESUMEN

**E**n el momento del parto se puede presentar como una Urgencia Obstétrica la falta de expulsión de la cintura escapular. Como profesionales en activo sabemos que dicho fenómeno es raro, se viene hablando en la literatura médica de un 0.5% de casos en los partos vaginales, siendo varios los factores que van a incidir en ello.

Sin embargo este problema nos puede suceder en un determinado momento y por ser un hecho impredecible, considero que hemos de contar con un conocimiento profundo tanto de las medidas ó maniobras tendentes a resolver esta situación como el hecho de actuar bajo una serie de pautas protocolizadas con las que hemos de familiarizarnos.

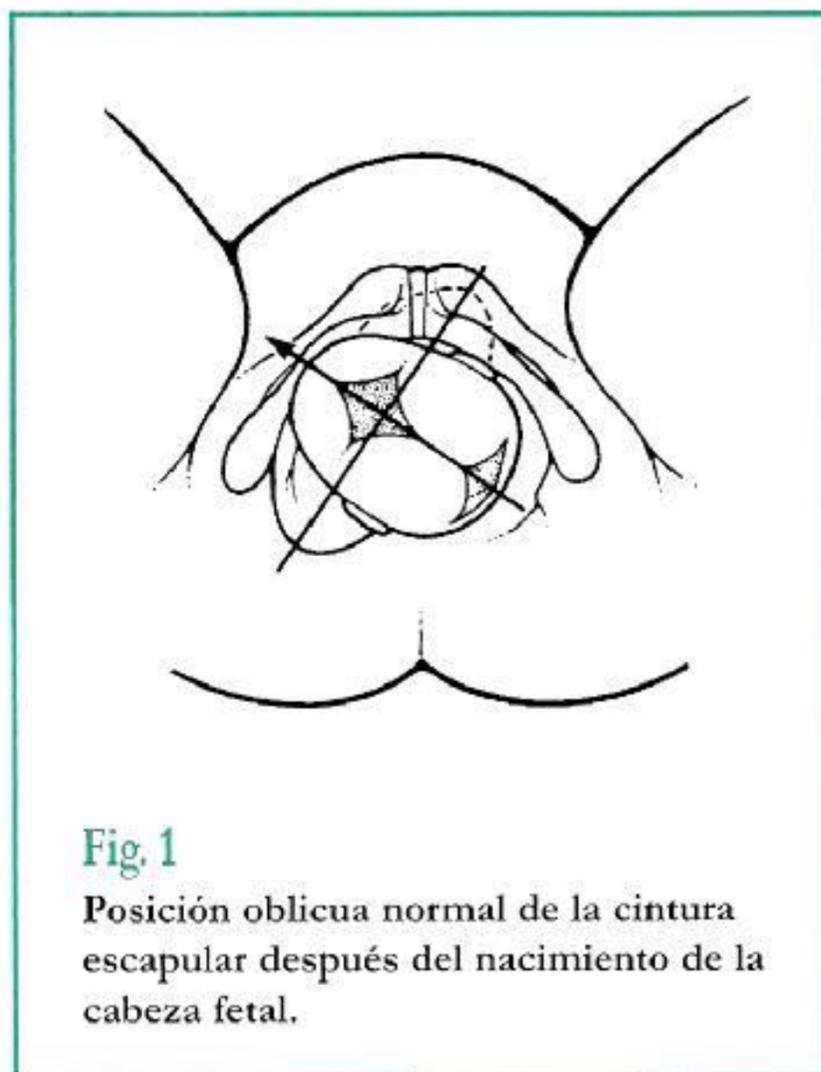
### ¿QUÉ ES PUES LA DISTOCIA Ó COMO DEFINIRLA?

Tras la salida de la cabeza fetal, la cintura escapular ocupa uno de los diámetros oblicuos de la pelvis materna. Cuando asistimos al parto las Matronas venimos aplicando habitualmente una suave tracción sobre la cabeza fetal, de este modo logramos liberar fácilmente el hombro anterior por abajo de una de las ramas del pubis (Fig.1).

Cuando se produce la distocia lo que va a ocurrir es que la cintura escapular desciende en el diámetro anteroposterior del plano de salida de la pelvis, el hombro anterior se impacta detrás de la sínfisis no produciéndose su descenso, surge pues la dificultad en exteriorizar los hombros fetales.

### FACTORES QUE INCIDEN EN ELLO

Podemos enumerar, siguiendo a los autores, varios: un trabajo de parto demasiado rápido ó precipitado ó bien la existencia de una estructura pélvica de la madre del tipo denominado antropoide/androide, así como el hecho de que el feto sea grande, es decir con un peso elevado...macrosomía. Factores que van a facilitar la distocia no queriendo decir con esto que no sea también en parturientas con fetos de peso considerado normal.



**Fig. 1**

Posición oblicua normal de la cintura escapular después del nacimiento de la cabeza fetal.

## CONDUCTA ASISTENCIAL O PLAN ORGANIZADO DEL EQUIPO

Se vienen describiendo muchas maniobras para poder liberar de modo rápido la cintura escapular que se ha impactado, a veces tendremos que aplicar varias de las maniobras que más adelante describiremos, de forma consecutiva.

Ya hemos dicho que este problema es impredecible por quien está asistiendo en ese momento al parto, se presentará una vez haya salido la cabeza fetal y la resolución de esta Urgencia vendrá dada por nuestra destreza y rapidez de actuación.

Si enumeramos una conducta organizada ésta ha de iniciarse ante todo evitando el pujo materno, **no comprimiendo el fondo uterino** y **no traccionando excesivamente** ya que se ha demostrado que con estas tres maniobras acompañadas lo único que podemos conseguir será aumentar la impacción del hombro anterior por atrás de la sínfisis, es decir que agravaremos el problema y quizás lleguemos a provocar una rotura uterina, cuadro aún más grave (por una compresión fúndica desordenada) así como aumentar la interrupción del flujo sanguíneo.

Puntualizaré pues en las técnicas que sí se pueden realizar de forma consecutiva y que están dirigidas al éxito a la hora de liberar los hombros fetales para poder solucionar la distocia.

### A) TÉCNICA DE MAZZANTI (Fig. 2)

### B) TÉCNICA O MANIOBRA DE MC. ROBERTS (Fig. 4)

### C) MANIOBRA DE RUBIN (Fig. 3 y 6)

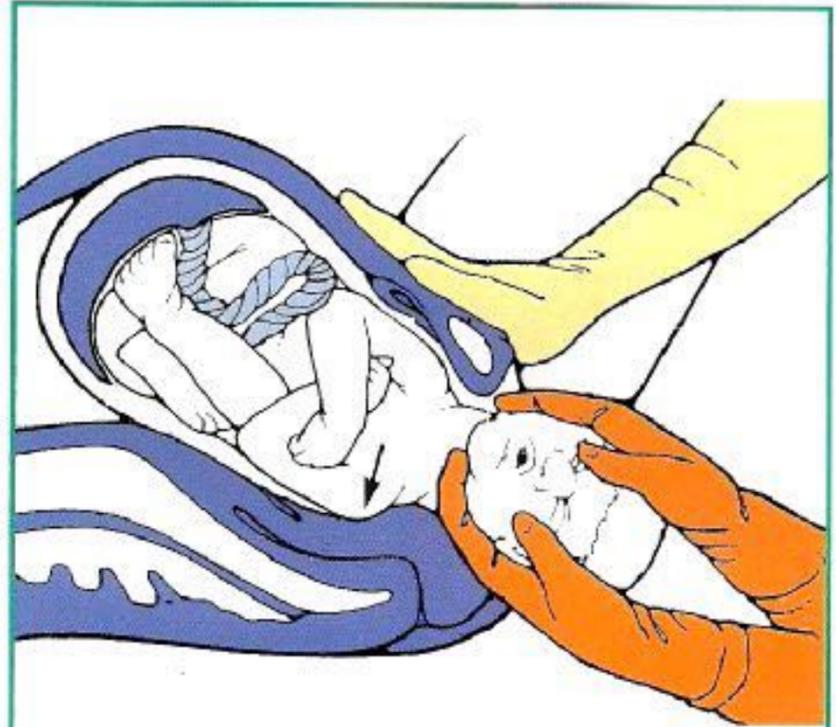
A) Dicha técnica consiste en realizar una compresión suprapúbica en dirección posterior para desalojar el hombro anterior y empujarlo detrás de la sínfisis del pubis.

B) Consiste en flexionar las piernas de la parturienta sobre su abdomen a fin de lograr una hiperflexión completa de la cadera, de esta forma vamos a provocar un enderezamiento del ángulo lumbosacro y una rotación de la sínfisis del pubis hacia delante desalojándose el hombro anterior.

C) Aplicar una presión lateral sobre el abdomen materno contra el hombro anterior con el objeto de intentar movilizar la cintura escapular a otra posición dentro de la pelvis, en concreto a posición

oblicua.

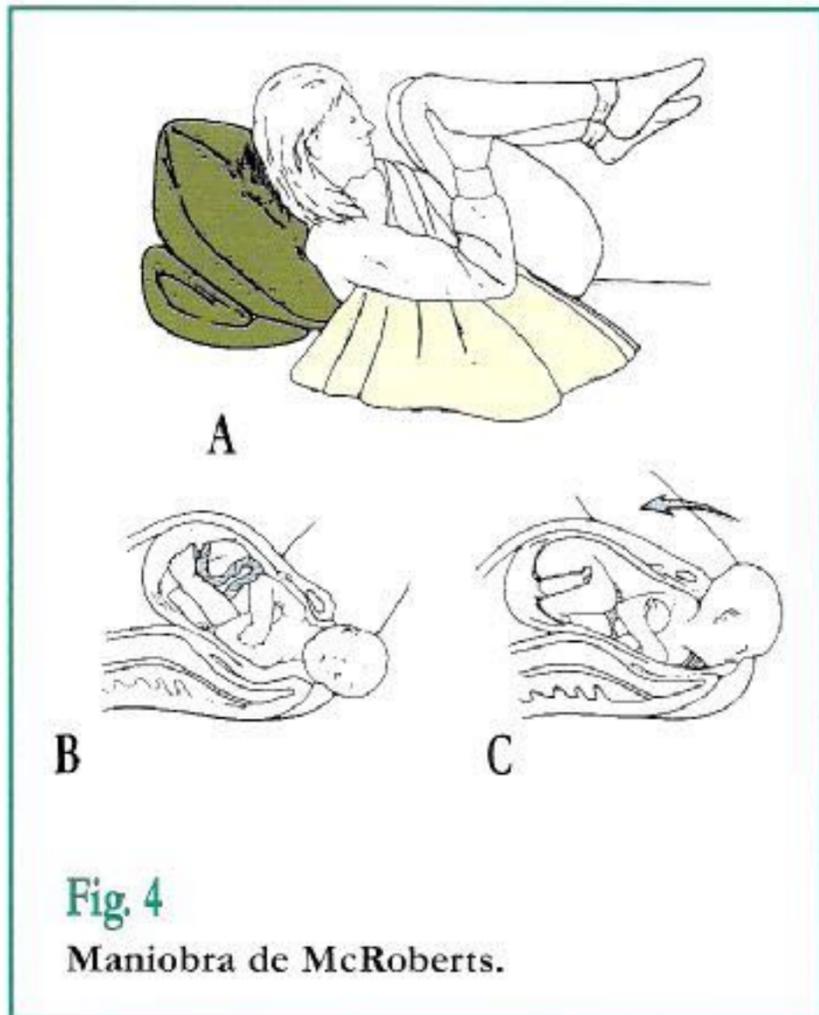
Las técnicas A y C se suelen acompañar de un leve pujo materno y de una tracción por parte nuestra pero siempre ha de ser lo más ligera y suave posible.



**Fig. 2**  
Compresión suprapúbica.  
Técnica de Mazzanti.



**Fig. 3**  
Compresión suprapúbica.  
Técnica de Rubin.

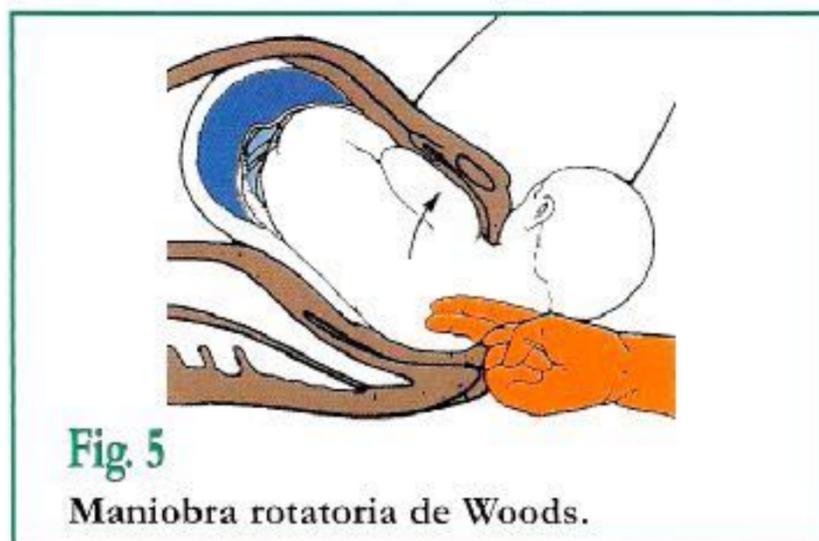


**Fig. 4**  
Maniobra de McRoberts.

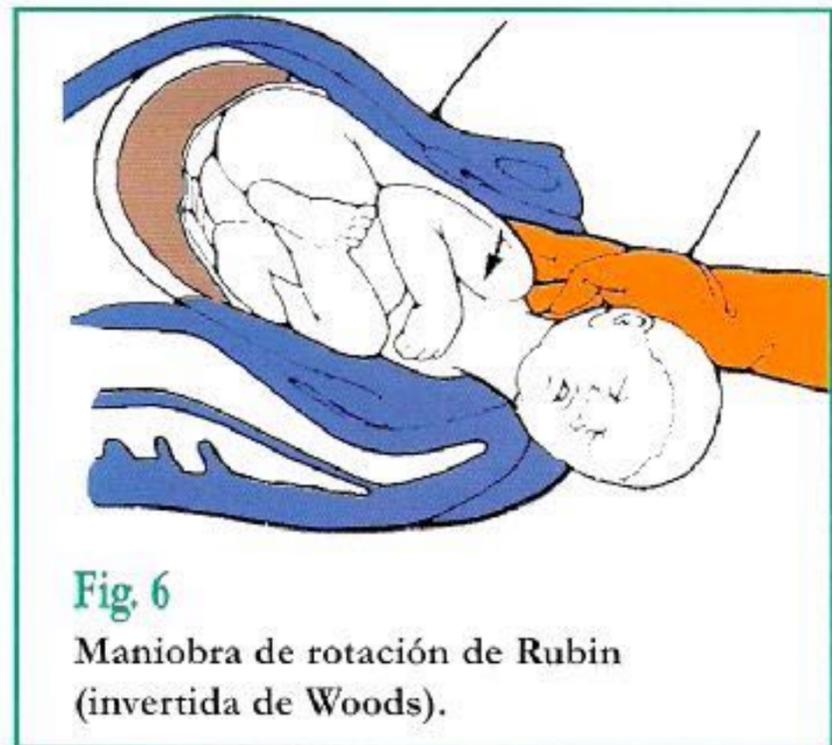
Se dan otras manipulaciones a las que recurriremos si las anteriores no resultasen, pero la que abajo describo es conveniente realizarla con la parturienta relajada o bajo anestesia por tratarse de una manipulación intravaginal asegurándonos previamente un buen espacio o campo de actuación, en estos casos una buena episiotomía ó episiproctomía estaría recomendada.

Es la técnica de **WOODS** (Fig. 5, 7 y 8). Con ella se busca la rotación del hombro posterior a anterior en un ángulo de unos 180 grados para lograr la salida del brazo.

Por último hablar de la maniobra de **ZAVANELLI** (Fig. 9 y 10) cuya finalidad está en rotar la cabeza introduciendola de nuevo en la vagina para proceder rápidamente a la intervención quirúrgica (cesárea).



**Fig. 5**  
Maniobra rotatoria de Woods.



**Fig. 6**  
Maniobra de rotación de Rubin (invertida de Woods).



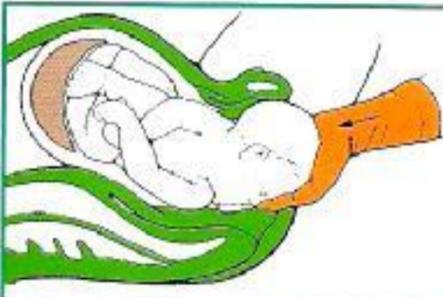
**Fig. 7**  
Localización del brazo posterior y la fosa antecubital.



**Fig. 8**  
Nacimiento del brazo posterior.



**Fig. 9**  
Maniobra de Zavanelli.  
Rotación de la cabeza  
a una variedad occipito-  
anterior directa.



**Fig. 10**  
Maniobra de Zavanelli.  
Flexión cefálica con  
compresión ascenden-  
te sobre el vértice.

### Distocia de hombros. Estrategia de tratamiento

Interrumpir el pujo materno  
Evitar la tacción desesperada  
Solicitar ayuda

Compresión suprapúbica:  
Técnica de Mazzanti (dirección posterior)  
Técnica de Rubin (dirección lateral)

Maniobra de McRoberts  
(hiperflexión de la cadera materna)

Asegurar espacio adecuado para  
la manipulación intravaginal  
(tenga en mente la episiotomía)

Maniobras de rotación:  
De Woods (rotación posterior)  
Maniobra de Rubin (invertida de Woods,  
esto es, rotación anterior)

Nacimiento del brazo posterior

Si todos los intentos fracasan:  
Maniobra de Zavanelli (recolocación cefálica)  
Cesárea

## HABLEMOS DE COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES

Aunque lográsemos ejecutar estas maniobras correctamente podemos encontrarnos con lesiones o daños en el recién nacido, cifras de hasta un 42% de los casos. Enumero pues las posibles lesiones del plexo braquial en cifras de un 8.4 a 22.7%, las fracturas claviculares ó humerales, ó ambas, las fracturas de la columna cervical, las lesiones del sistema nervioso central ocasionadas por la falta de riego sanguíneo en cifras de 5.7 a 9.7%.

Las complicaciones maternas son raras pero puede surgir la rotura uterina que ya mencioné, ó los traumatismos del canal del parto que se presentan acompañados de hemorragias.

Dar un juicio crítico de la realización de maniobras dirigidas a modificar una anomalía de actitud o de posición no resulta adecuado sin embargo si diré que se da una clara tendencia a evitar o abandonar estas maniobras, quizás por el escaso éxito de las mismas y porque con mucha frecuencia lo que se vienen a adoptar son actitudes de fuerza que resultan peligrosas y poco útiles.

Ante todos estos datos y ante una verdadera Distocia de Hombros, quizás el tratamiento más juicioso y eficaz sea aquel que adopte y englobe tanto una actuación muy rápida y cuidadosa como el saber elegir aquella técnica con la que estemos más familiarizados nosotros y el equipo afín de ser los más diestros y eficaces en su resolución.

## BIBLIOGRAFÍA

Acker DB, Sachs BP, Friedman EA: Risk factors for shoulder dystocia. *Obstet. Gynecol.*66:762,1985.

Benedetti TJ: Shoulder dystocia: Etiology, prevention and treatment. *Clinical Obstetrics*. New York, Jhon Wiley and Sons, 1985 pag.871.

Denis Cavanagh, Ralph E.Woods, Timothy.C.F. O'Connor. Urgencias durante el parto.Capit.9 pag 268.

Gonik B, Stringer CA, Held B: An alternate maneuver for the management of shoulder dystocia. *A J, Obstet Gynecol.*156:334,1987.

Morrison J.C., Sanders J.R, Magann EF, et al: The diagnosis and management of dystocia of the shoulder. *Surg Gynecol Obste* 175: 515,1992.  
Robert W. Naef, III y James N. Martin, Jr. *Clinics de Ginec y Obstreticia*.Volumen 2,1995. Interamericana.

Sandberg E.C.: The Zananelli maneuver extended: Progression of a revolutionary concept. *Am J. Obstet y Gynecol.*158:1347,1998.

Tratado y Atlas de operatoria obstetrica. Salvat edit, S.A. Vol III 2ª edic. Capit 6, pag 136.

Laminas y dibujos propiedad de Temas actuales. *Clinicas de Ginecología y obstetricia*. Interamericana. Mc Graw-Hill. Volum 2. 1995.

# EL DESPUES DE LAS MADRES ADOLESCENTES

II Encuentro Luso-Hispano, Lisboa, 25-27 de Junio de 1998.

Autora: M<sup>a</sup> Jesús Isla Orte, Matrona y Profesora asociada, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. Madrid.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia parece ser un período conflictivo en virtud de los cambios que suceden y de las actitudes de los adultos, que no parecen tener en cuenta tales cambios.

Desco inevitable de emancipación y autonomía, de ser adulto, necesidad de buscar una nueva identidad.

Los hábitos y la actividad sexual de los adolescentes han cambiado mucho en los veinte últimos años. La maduración sexual más precoz, la presión de los amigos y el énfasis comercial y cinematográfico en los placeres del sexo, han conducido a que las relaciones sexuales se inicien antes.

Dificultades en la disponibilidad y accesibilidad de métodos anticonceptivos suponen un factor de riesgo importante.

La disminución del embarazo no deseado en jóvenes no depende solo de la existencia de campañas de divulgación sobre el uso de preservativo o la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual; ni tampoco en la puesta en marcha de consultas específicas, sino de una serie de factores en ocasiones no conocidos.

Por otra parte el conocimiento no dirige el comportamiento, con mucha frecuencia la razón y las vísceras toman caminos divergentes sobre todo en las primeras experiencias con coito.

Según un estudio hecho a 1500 jóvenes adolescentes, procedentes de todas las áreas sanitarias de la comunidad de Madrid, durante los meses de noviembre y diciembre de 1992(1), ósea previo a los partos de nuestras adolescentes estudiadas en 1994(2):

- **Conocimiento de métodos anticonceptivos (sugerido).**

Un 99,9% conoce los preservativos, un 98,6% la píldora anticonceptiva, el 55,8% conoce los óvulos vaginales ó espermicidas. Consideran que los más apropiados para jóvenes son los preservativos (93,9%).

- **Riesgo de embarazo la primera vez:** 29,4%.  
Realizaron coito el 39,2%.

Hicieron algo para evitar el embarazo un 83,4%.

De ellos un 11,6% fueron métodos ineficaces (marcha atrás un 10,4% y Ogino un 1,2%).

No hicieron nada para evitar el embarazo un 17,8%.

- **Causas de embarazos no deseados entre los jóvenes (espontáneo).**

Chicas: un 63,5% no se ponen medios anticonceptivos y un 25,5% falta de responsabilidad.

Chicos: un 56,2% no se ponen medios anticonceptivos y un 25,3% falta de información.(1).

El promedio de tiempo que transcurre desde el inicio de la actividad sexual hasta el uso de métodos anticonceptivos oscila entre doce y veinticuatro meses, si bien existen grupos de adolescentes cuyo límite superior se encuentra por encima de los cuatro años. (3,7).

Según Olson y Cols, 1989, los eventos más estresantes en las parejas jóvenes son las tensiones intrafamiliares, finanzas y trabajo/sustento.

El índice de separaciones es muy alto en parejas que han tenido un hijo siendo adolescentes (6). Furstenberg observa en EEUU un 50% de separaciones a los cinco años de matrimonio (4,8). En nuestro medio Colomer en Valencia (5), observó después del parto una ruptura de pareja del 30%.

Es frecuente entre las adolescentes, la ausencia de pareja estable, esto hace que tengan que enfrentarse en solitario a la crianza de su hijo.(8,9,10).

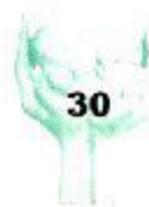
Estadísticas americanas sitúan límites de 89% de ausencia de pareja estable, y entorno a 25-40% en estudios españoles.(10).

Económicamente los adolescentes sufren largos periodos de desempleo, dependencia económica y desigualdad de oportunidades.(6).

También es frecuente que hijas de adolescentes, sean madres adolescentes en un futuro, que abandonen la escolaridad por el embarazo y no retomen sus estudios, estando en clara desventaja social.(6,10).

Pocos sistemas tienen previsto el acomodo de estas madres en las actividades normales escolares, incluso se les niega la entrada por temor a la influencia negativa en otros adolescentes.(6).

Algunos autores (11,12) describen que el embarazo en la adolescencia es el inicio del "Síndrome



del fracaso". Este síndrome está caracterizado por imposibilidad de :

Completar las funciones de la adolescencia ; terminar la educación escolar ; establecer una familia estable ; conseguir la independencia económica y finalmente tener hijos que alcancen todo su potencial.

En un estudio realizado en Granollers (Barcelona) se encontró una correlación elevada entre la fecundidad adolescente y la tasa de paro(13).

Este trabajo se inició para analizar si en el área III de Madrid, todos estos datos anteriores se cumplen, o por el contrario genera otras conclusiones.

## OBJETIVO GENERAL

Analizar las características socioeconómicas y situación familiar de las madres adolescentes a los cuatro años del parto.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar conocimientos sobre anticonceptivos.
- Determinar las madres que realmente cuidan a sus hijos.
- Comprobar cuantas de nuestras madres estudiadas, son a su vez hijas de madres adolescentes.

## SUJETOS DE ESTUDIO

Se han encuestado 35 madres adolescentes de las 79 que suponían el 100% de las captadas en 1994, en el Hospital Príncipe de Asturias.

Desde 1995 se han perdido cinco sujetos por cambio de domicilio o teléfono.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo longitudinal. A través de encuesta telefónica.

Se han estudiado las madres adolescentes que parieron en el año 1994 en el H.U . Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares. Se hizo una primera encuesta en el año 1995 al año siguiente del parto.(2).

A los cuatro años del parto se realiza nueva encuesta confidencial telefónica, analizando las siguientes variables :

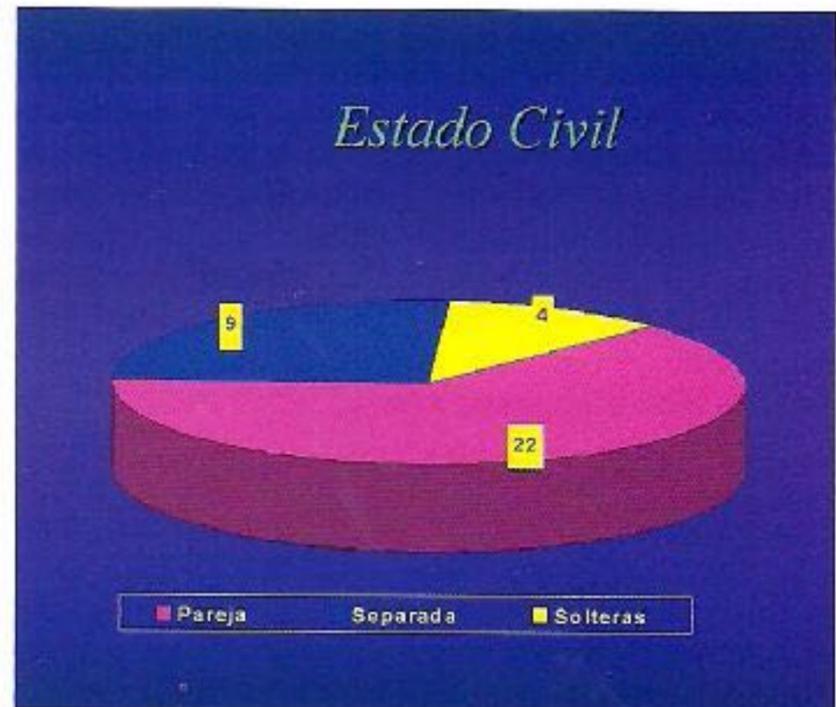
- Estado civil.
- Número actual de hijos.
- Conocimiento de anticonceptivos.
- Número actual de hijos.
- Ocupación remunerada.
- Relación con amigos de su edad.

- Retomaron estudios o no.
- Estructura familiar y dependencia económica.
- Hijas de madres adolescentes o no.

## RESULTADOS

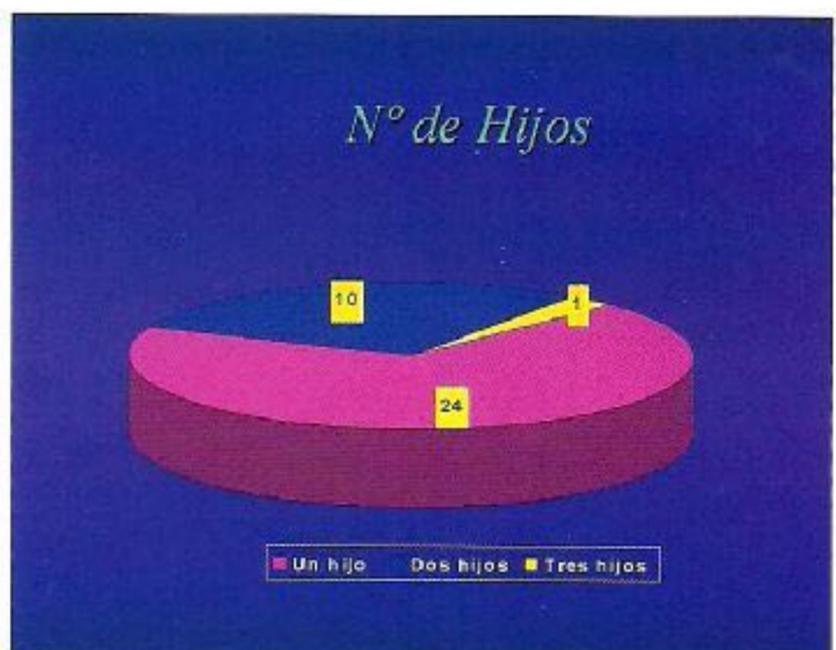
### Estado civil:

Han declarado estar casadas o en pareja veintidós madres, separadas nueve y están solteras todavía cuatro.



### Nº de Hijos en el momento de ser encuestadas:

El número de hijos no aumentó en veinticuatro de nuestras madres, diez de ellas tuvieron un segundo hijo y solo una de ellas llegó a tres hijos, una de las entrevistadas estaba embarazada en el momento de la llamada.



Conocimiento de anticonceptivos:

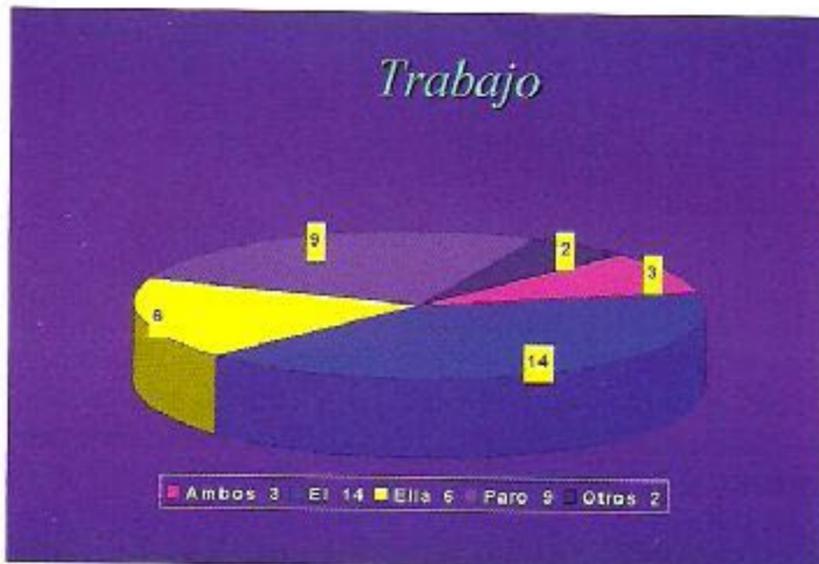
Todas las mujeres refirieron conocer los anticonceptivos, píldora y preservativos, aunque algunas utilizan la píldora sin control médico.

Disponen de una ocupación remunerada :

De las que viven en pareja, en tres ocasiones contaron trabajar los dos miembros, catorce madres desempeñaban sus labores y el padre trabajaba fuera del hogar, cuatro parejas estaban ambos en paro y otra pareja él trabaja de forma intermitente.

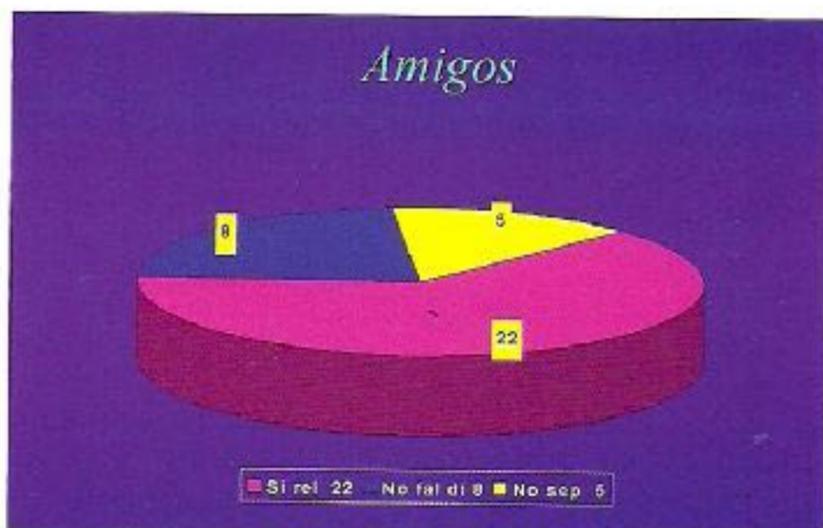
De las madres separadas, cuatro de ellas trabajan, dos están en paro, una trabaja de forma intermitente y las otras dos abandonaron a sus hijos, de una no se sabe nada y la otra estaba en prisión la última vez que supieron de ella.

Las madres solteras, dos de ellas trabajan y las otras dos están en paro.



Relaciones con amigos:

Veinte del total de nuestras madres se relacionan con amigos de su edad, diez no lo hacen por falta de recursos económicos y cinco que están separadas se encuentran bastante aisladas de sus amistades.

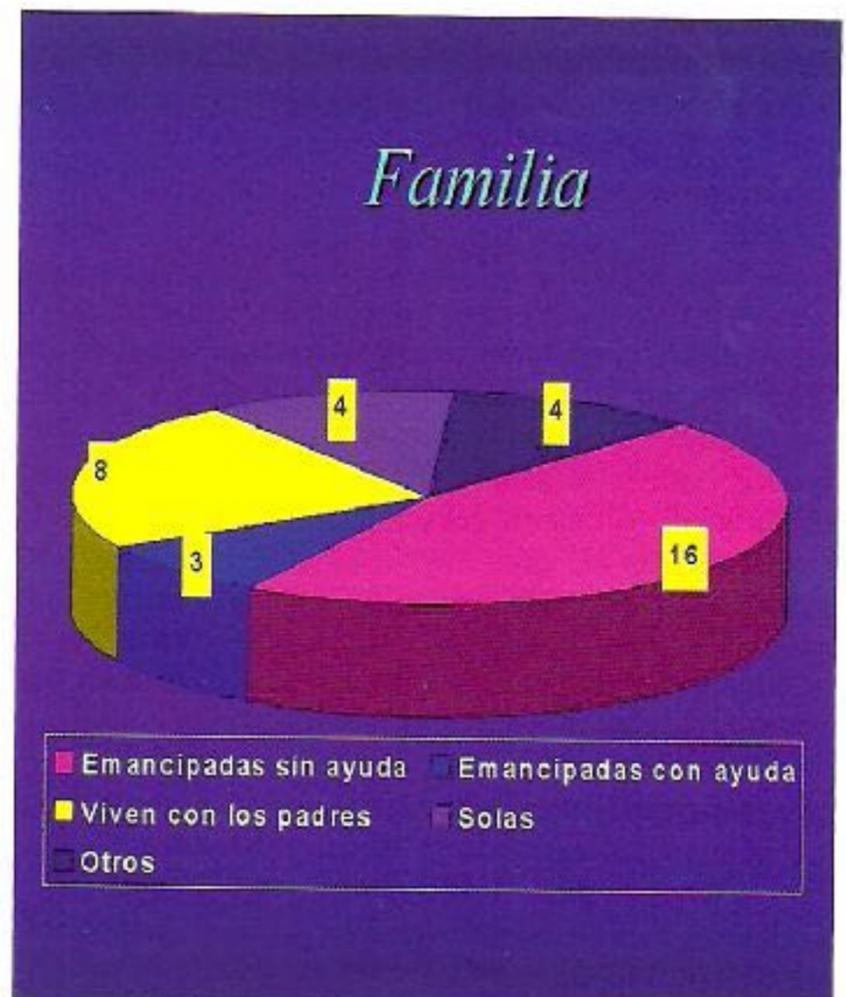


Retomaron sus estudios:

Todas dejaron los estudios, y solo dos los retomaron, una estudia bibliotecaria está casada y trabajan los dos miembros de la pareja, la otra estudia educación infantil está casada y trabaja su marido.

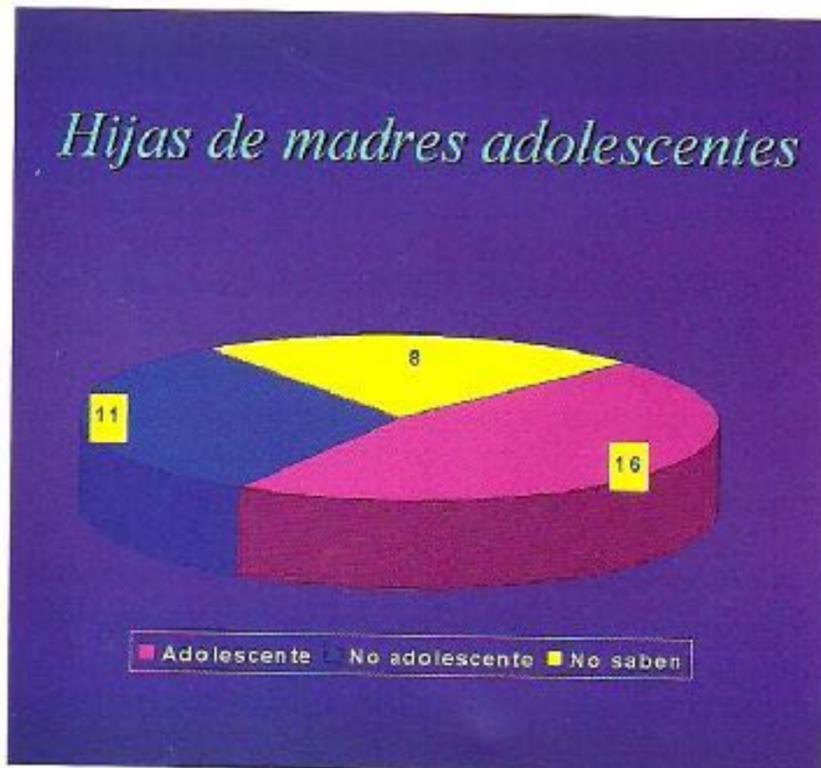
Estructura familiar y economía:

Viven emancipadas, en familia y sin recibir ayuda económica dieciséis de los casos estudiados, tres viven en familia independientes pero reciben ayuda de sus padres, ocho viven con sus padres, cuatro viven solas, dos de ellas con sus hijos y a las otras dos sus hijos se los cuidan las abuelas, otra de nuestras madres vive en familia sin medios económicos en este momento y comen de lo que trabaja el marido intermitentemente. Los tres casos restantes son un poco especiales, las tres madres se separaron, una de ellas vive con su hijo sin medios económicos esperando la acogida que tiene solicitada, recibe ayuda del padre de su hijo y no puede volver a su casa de soltera, por problemas familiares (el padre es alcohólico etc.). Otra se fue con otro hombre abandonando a su marido y dos hijos. La tercera no funcionando su relación familiar fue a vivir con una hermana drogadicta, no sabiendo nada su ex-marido en este momento, la última vez que supo estaba en la cárcel.



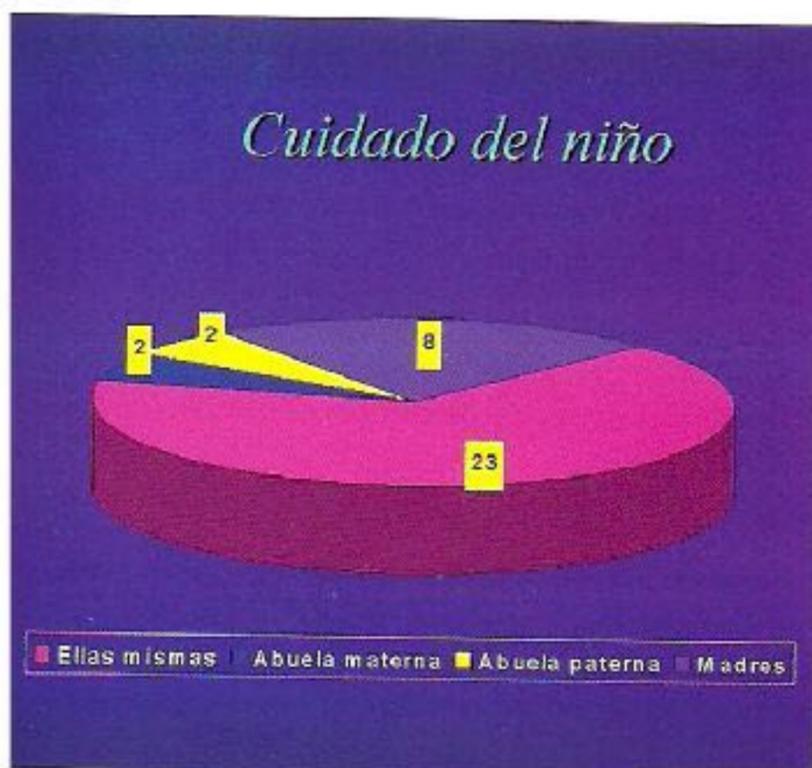
### Hijas de madres adolescentes:

Dieciséis de nuestras madres estudiadas eran a su vez hijas de madres adolescentes, en once casos sus madres no eran adolescentes y el resto no lo sabían a pesar de ayudarles a recordar con distintas referencias años del primer hijo etc.



### Cuidado de los hijos:

Veintitrés de las madres estudiadas cuidan a sus hijos, ocho son ayudadas por sus madres, dos de los hijos son cuidados por sus abuelas maternas y en otros dos casos por sus abuelas paternas y sus padres.



Un detalle que me parece debe resaltarse es la madurez que han adquirido durante estos tres años que han pasado entre una entrevista y otra, en la anterior me contaban su vida sin recelo, a pesar de mi presentación en ambas ocasiones, ahora querían más datos para confirmar quién era ante unas preguntas que ahora consideraban muy personales. Incluso hubo dos mujeres que ante la duda se presentaron en el hospital preguntando por mí para confirmar que era cierta mi presentación.

## DISCUSIÓN

A pesar de toda la bibliografía leída que hace referencia a los fracasos de las madres que lo fueron siendo adolescentes, el sentimiento después de la entrevista, no es de hablar con fracasadas sino todo lo contrario, con madres que desean sacar adelante a sus hijos con ilusión, con esperanza de que el paro mejore, y que esta sociedad en la que vivimos pueda ofrecer a sus hijos algo mejor que lo que ofrece a la juventud de hoy.

Ellas viven una continuidad en su vida similar a la que vivieron sus madres, sin echar nada en falta, solo en algunos casos hicieron referencia al paro y a las pocas posibilidades de trabajo para ellos y para los adultos.

Las dos madres que abandonaron a sus hijos, vivían una situación familiar anterior a su matrimonio mala, según refieren ahora los padres de sus hijos.

Si esta sociedad en que vivimos considera a las madres adolescentes fracasadas, posiblemente debería preguntarse de quien es el fracaso si de ella o de las propias adolescentes.

Y por último habría que considerar como en otros países, programas escolares para niños de educación sexual, puesto que las madres de quince y menores, son las que no ejercen de madres, siendo sus hijos cuidados por las abuelas.

Para que este trabajo esté completo habría que hacer un estudio comparativo con los resultados socioeconómicos y familiares de madres mayores de veinte años.

## CONCLUSIONES

- **EL 45% DE LAS MADRES ADOLESCENTES ESTUDIADAS SON A SU VEZ HIJAS DE MADRES ADOLESCENTES.**
- **PROMOVER EL APOYO FAMILIAR Y SOCIAL PARA LA CRIANZA DE HIJOS EN PAREJAS JÓVENES.**
- **SIGUEN SOLTERAS LAS ADOLESCENTES QUE PARIERON SIN CUMPLIR LOS DIECISÉIS AÑOS.**
- **FOMENTAR LA ENSEÑANZA TEMPRANA EN LOS COLEGIOS SOBRE SEXUALIDAD PARA EVITAR MÁS EMBARAZOS NO DESEADOS.**

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la comunidad de Madrid. 1993. Documentos técnicos de salud pública N° 10.
- 2- Isla M.J., Patrón C., Beceiro C. Madres adolescentes. *Matronas Hoy* N° 9 :17-9. 1997.
- 3- García Fernández J.L. El embarazo no deseado en adolescentes. *Rev. Rol de enfermería*. N° 158 : 47.1991.
- 4- Furstenberg F.F. The social consequences of teenage parenthood. New York : Free Press 8 : 148.1976.
- 5- Colomer J., Vargas J. Factores de riesgo para el embarazo de adolescentes. *Pediatrka*. 5 : 41,44. 1987.
- 6- Cáceres J., Escudero V.. Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados 30,31. Ed Pirámide. Madrid. 1994.
- 7- Nevot M., Rohlf L. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes usuarias de planificación familiar.368. Barcelona 1994.
- 8- Sánchez J.F., Crespo C., Arranz R.. Embarazo en la adolescencia. *Enfermería clínica* N° 92 :6. 1989.
- 9- Alison M., Fraser M.S.P.H., John E.. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *Journal of medicine. The new England* 332 :1113-7. 1995.
- 10- Gómez J.A., Díez T., García E.. Maternidad juvenil. *Rev. Medicina* 5ª Ed. 85 : 60-6. Madrid , 1991.
- 11- Ferrer J.. Embarazo en la adolescencia y la mujer añosa. *SEGO*. 27 :1. Oviedo.
- 12- Masson C.. Embarazo en los extremos de la vida reproductora. Cap. 30 : 639. Klein.1978.
- 13- Portella E., Castillo A.. Aspectos sociales del embarazo en adolescentes. *Gac. San.* 2 :150-3.1988.
- 14- Bedoya C., García F..Algunas particularidades de las embarazadas juveniles. *Toko-Gine Prac.* 541. Sevilla 1995.



# INFLUENCIA DE LA EPISIOTOMÍA EN EL BIENESTAR FÍSICO DE LA PUÉRPERA.

M. Linares Abad. Juan Serrano Martos. Pilar Rallo Gutiérrez.

E.U.E. Universidad de Jaén. Hospital Materno Infantil "Ciudad de Jaén".

## INTRODUCCIÓN.

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en la asistencia al parto. Su finalidad es la de ampliar el introito vulvar para favorecer el nacimiento. Se introdujo en la práctica clínica en el siglo XVIII sin tener una base científica fuerte de sus beneficios y repercusiones.

Su uso se justificaba por la prevención de desgarros graves del perineo, para favorecer futuras relaciones sexuales y reducir los casos de incontinencia fecal y de orina tras el parto.

Su práctica, al menos de forma rutinaria es controvertida hoy en día. La Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (1), en sus protocolos asistenciales en referencia al parto normal indica: "Utilizaremos generosamente la episiotomía en cualquiera de sus variedades .....

Recientes informes de la O.M.S. y varios estudios, uno de ellos un metaanálisis de 1.996 (2) sobre cinco ensayos clínicos controlados al azar, indican que no hay evidencia clara y demostrable de que el uso rutinario de la episiotomía tenga un efecto beneficioso sobre la mujer, y que cifras superiores al 30% no parecen estar justificadas.

La recuperación integral de la mujer después del parto depende en gran medida del grado de bienestar físico que tenga. En nuestro estudio hemos analizado áreas muy relacionadas con el bienestar, como dolor, inicio de relaciones sexuales y problemas en la eliminación.

## OBJETIVOS.

Como objetivos de este estudio nos planteamos, por un lado conocer y explorar el bienestar físico de las púerperas con episiotomía, y el bienestar físico de las púerperas sin episiotomía. El segundo objetivo era conocer el grado de satisfacción con respecto al parto de las púerperas con episiotomía, y el grado de satisfacción de las que no se les practicó episiotomía.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, realizado desde Marzo de 1.997 hasta Julio del mismo año.

La población estudiada son 270 mujeres que

han dado a luz por segunda vez o más, teniendo un parto eutócico, asistido por matrona en el Hospital Materno Infantil "Ciudad de Jaén", entre los meses de Marzo y Abril de 1.997.

La muestra está formada por 120 múltiparas, 60 con episiotomía y 60 sin episiotomía elegidas al azar entre las que tuvieron el parto en los meses indicados.

Para la recogida de datos se utilizaron las historias clínicas de las mujeres, tomándose entre otros datos; nombre, dirección, nº de teléfono, nº de hijos, datos referidos al parto y profesional que la asistió.

A los tres meses del parto se les pasó por teléfono un cuestionario (anexo 1). Previamente se les explicó en qué consistía y se les pidió su colaboración, que solo fue denegada en seis casos. Las variables del estudio son:

- Episiotomía.
- Dolor perineal.
- Tiempo en reanudar relaciones sexuales.
- Dolor al inicio de las relaciones sexuales.
- Molestias al orinar.
- Incontinencia de orina.
- Incontinencia de gases.
- Grado de satisfacción con la atención en el parto.

El análisis estadístico de los datos se hizo con el programa RSIGMA en un PC Pentium 100. Realizándose cálculo de frecuencias, comparación de proporciones y aplicación de Chi cuadrado para las variables cualitativas, y comparación de medias para la variable grado de satisfacción.

La representación gráfica se hizo a través del programa Harvard Graphics 3.0.

## RESULTADOS.

De las 120 mujeres elegidas, 6 no contestan, y 16 se encuentran ausentes. Por tanto, fueron 51 las encuestadas del grupo con episiotomía y 47 del grupo sin episiotomía.

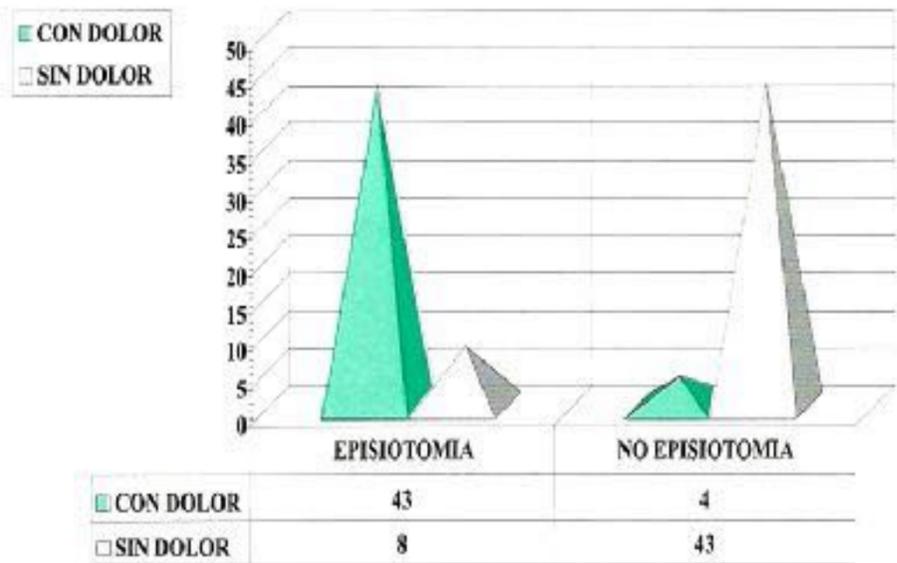


A la pregunta relacionada con el dolor en la zona perineal (previa explicación de cual es la zona) después del parto, los resultados fueron:

El 84% de las mujeres con episiotomía tienen dolor tras el parto en la zona de los puntos. El 16% de las mujeres con episiotomía no refiere dolor en el perineo después del parto.

El 91% de mujeres sin episiotomía no tiene dolor en esta zona después del parto. El 9% de mujeres si refiere dolor en el perineo (Graf.-1).

### EPISIOTOMIA Y DOLOR PERINEAL

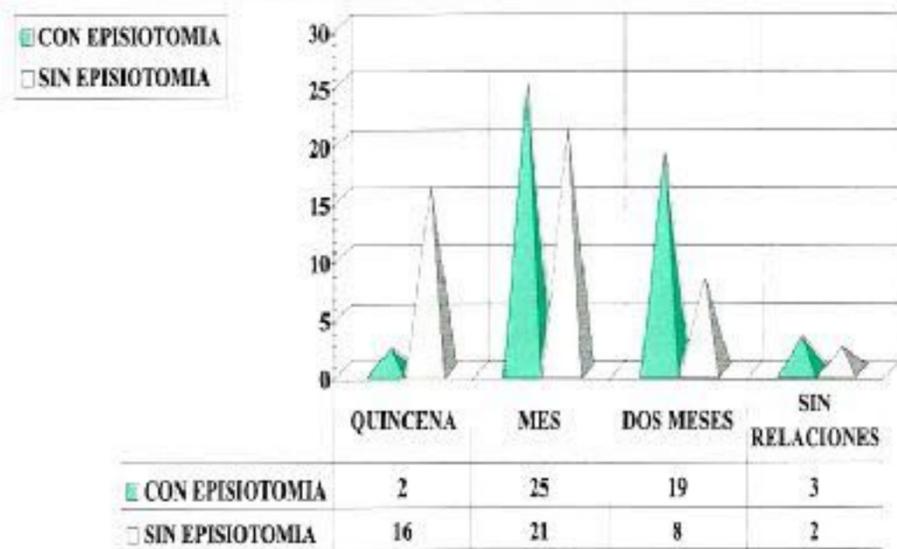


Graf. 1. CHI cuadrado ( $p < 0.001$ )

Cuando se les preguntó cuánto tiempo tardaron en reiniciar las relaciones sexuales tras el parto, los resultados fueron los siguientes:

43 púerperas con episiotomía retardan el inicio entre 1 y 2 meses, mientras que para el grupo de púerperas sin episiotomía 37 retardan el inicio entre 15 días y un mes (Graf.-2)

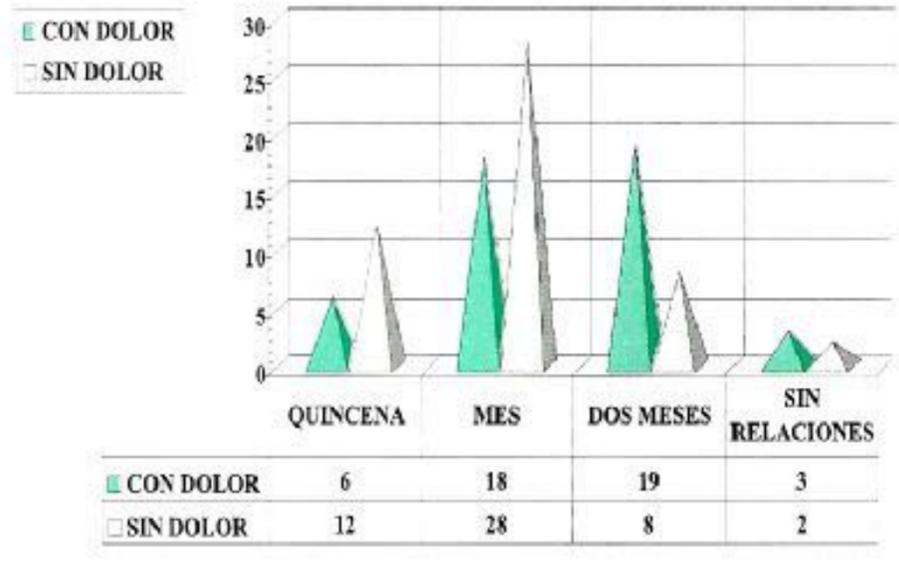
### EPISIOTOMIA Y TIEMPO EN REANUDAR RELACIONES SEXUALES



Graf. 2. CHI cuadrado ( $p < 0.01$ )

Del total de mujeres que expresan dolor en el perineo tras el parto, 37 retardan el inicio de las relaciones entre 1 y 2 meses. Las que no tuvieron dolor, 40 mujeres, inician las relaciones entre los 15 días y el mes (Graf.-3).

### DOLOR EN EL PERINEO Y TIEMPO EN REANUDAR RELACIONES SEXUALES

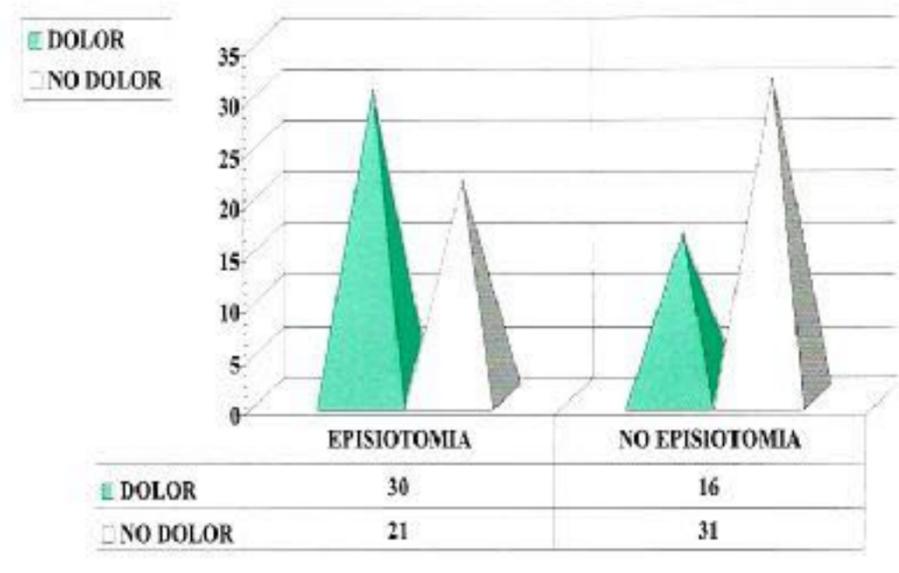


Graf. 3. CHI cuadrado ( $p < 0.05$ )

A la pregunta, ¿Tuvo dolor (dispareunia) al iniciar las relaciones sexuales?.

El 59% de mujeres con episiotomía dijo que SI (30 mujeres), frente al 34% de mujeres sin episiotomía que dijeron que SI (16 mujeres) tuvieron dolor al iniciar las relaciones sexuales (Graf.-4).

### EPISIOTOMIA Y DOLOR EN EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES



Graf. 4. CHI cuadrado ( $p < 0.05$ )

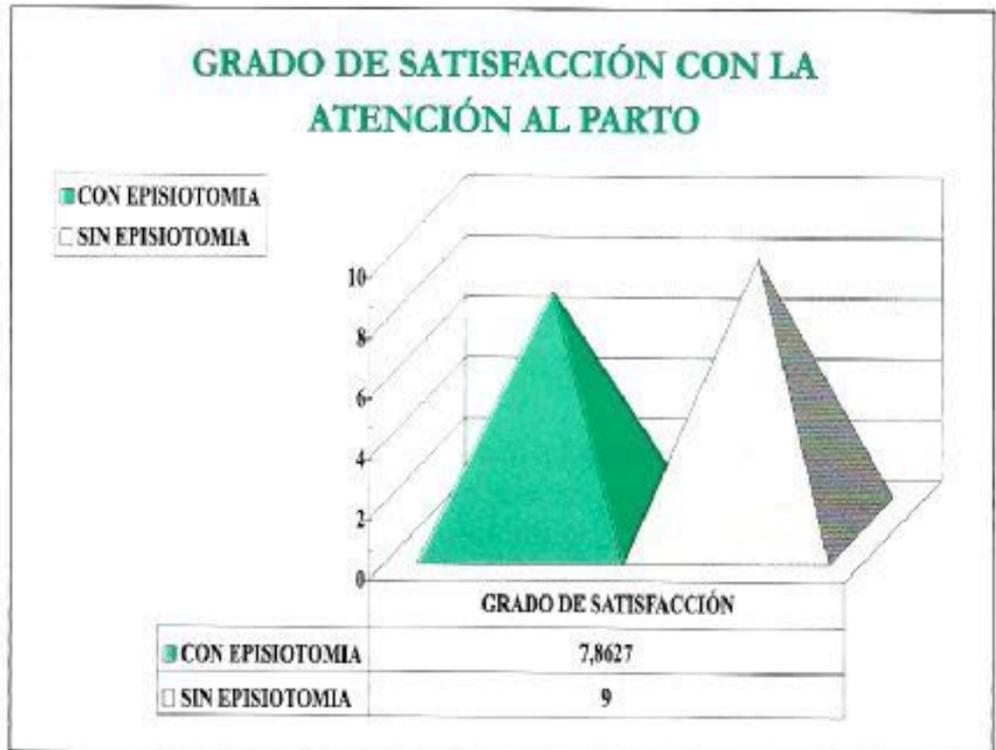
Al preguntarle por las molestias en la eliminación de orina y gases, los datos obtenidos de los dos grupos de mujeres no fueron significativamente estadísticos, por tanto no fueron representados los resultados.



A la pregunta planteada en el cuestionario; puntue de 1 a 10 la atención prestada en el parto según su grado de satisfacción con la asistencia recibida, los resultados quedaron como sigue:

La puntuación media de las mujeres a las que se les practicó episiotomía fue de 7,8627 con una desviación típica de 1,2169, y un error estadístico de 0,1704. La puntuación media obtenida en el grupo de mujeres sin episiotomía es de 9, con una desviación típica de 1 y un error estadístico de 0,1458 (Graf.-5).

**Graf. 5. Comparación de medidas. Muestras independientes ( $p < 0.001$ ). Desv. Tip: 1.21. Err. Est. 0.17.**



ANEXO 1

VALORACIÓN DEL BIENESTAR FÍSICO DE LA PUÉRPERA

DOLOR.

- ¿Tuvo dolor tras el parto en la zona perineal? SI  NO
- ¿Como fue ese dolor? Intenso  Moderado  Leve
- ¿Cuanto tiempo duró el dolor? Semana  Quincena  Mes  Dos meses  Tres meses

RELACIONES SEXUALES.

- ¿Cuanto tiempo tardó en reanudar las relaciones las relaciones sexuales? Quincena  Mes  Dos meses  Tres meses
- ¿Tuvo dolor al iniciar las relaciones sexuales? SI  NO
- Intenso  Moderado  Leve
- Las relaciones sexuales tra el parto son: Más placenteras  Igual de placenteras  Menos placenteras

ELIMINACIÓN

- ¿Tiene molestias al orinar? SI  NO
- ¿Se le escapa la orina? SI  NO
- De forma espontanea  Al toser  Con esfuerzo
- Se le escapan más gases? SI  NO
- De forma espontanea  Al toser  Con esfuerzo

GRADO DE SATISFACCIÓN.

Puntúe de 1 a 10 la atención prestada en el parto según su grado de satisfacción

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



## DISCUSIÓN

Los resultados que arroja el estudio, dejan claro que la práctica de la episiotomía interfiere sensiblemente en el bienestar de la puerpera. Nos llama la atención que hay un número de mujeres que no refiere dolor en el perineo tras el parto aún cuando se les realiza la episiotomía.

Quizás tenga que ver con una administración eficaz de medidas para aliviar el dolor o con una episiotomía pequeña o poco amplia.

No hemos encontrado a los tres meses del parto un número importante de casos de molestias o incontinencia relacionados con la eliminación, así mismo no hemos podido establecer una asociación significativa entre episiotomía y problemas en la eliminación.

A pesar de que el puerperio es un tema muy estudiado, creemos que todos los trabajos que se hagan sobre el bienestar después del parto, ayudarán a valorar la necesidad de realizar algunas prácticas que pueden repercutir muy directamente sobre la integración normal de la puerpera en su entorno familiar.

En los EE.UU. se ha propuesto la necesidad de pedir específicamente un consentimiento informada acerca de la práctica de este procedimiento, porque cuando la episiotomía se realiza mal, las disfunciones perineales pueden ser para toda la vida.

Este trabajo nos ha llevado a plantearnos algunas interrogantes que pueden ser punto de partida de estudios posteriores:

- ¿Se puede llegar al 30% de las episiotomías como recomienda la O.M.S.?

- ¿Mejoramos la calidad de la asistencia al disminuir el número de episiotomías?

Nos resulta importante resaltar, que en nuestro trabajo, se ha puesto de manifiesto que la mujer sin episiotomía valora la asistencia que se le prestó mejor que aquella otra que sí se le realizó episiotomía. Quizás las molestias de la episiotomía hacen que la mujer perciba la asistencia prestada como de menor calidad, aún cuando su uso esté justificado.

## CONCLUSIONES

\* La puerperas con episiotomía refieren más dolor que las que no se les practicó.

\* La episiotomía y el dolor en el perineo retardan el inicio de las relaciones sexuales.

\* El dolor al iniciar las relaciones sexuales es más frecuente en mujeres con episiotomía.

\* Las mujeres sin episiotomía están más satisfechas con la atención prestada en el parto.

\* No hemos encontrado relación entre problemas de eliminación y realización de episiotomía.

## BIBLIOGRAFÍA

1.- S.E.G.O.; **Protocolos Asistenciales de Obstetricia y Ginecología.** Tomo 1. Edic. Comunicación y Servicio. Madrid. 1994.

2.- ROBERTO L. ET AL.; *¿Is routine use of episiotomy justified?*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* Vol. 174. N°5. May 1996. pp. 1399-1402.

- GORDON H, LOGUE M.; *Perineal muscle function after childbirth.* *Lancet.* p.123. 1985.

- DICKASON, SILVERMAN, SCHULT.; *Enfermería Maternoinfantil.* 2ª Edición. Mosby Doyma. Madrid. 1995.

- MICHAEL C. ET AL.; *Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation.* *General Obstetrics and Gynecology.* September. 1994. pp. 591-598.

- OLDS, LONDON, LADEWIG.; *Enfermería Maternoinfantil.* 4ª edición. Interamericana. Mcgraw-Hill. Mexico. 1995.

- REEDER, MARTIN, KONIAK.; *Enfermería Maternoinfantil.* 17ª edición. Interamericana. Mcgraw-Hill. Madrid. 1995.

- S. ANTHONY ET AL.; *Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations.* *British Journal of Obstetrics and Gynecology.* December. 1994. Vol.101, pp. 1064-1067.



# REVISIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA MATERNIDAD

Ponencia Presentada en el II encuentro Ibero-Hispano  
Lisboa. 25-27 de junio. 1998.

Juan José Juanas Baragaño (Matrona, Hospital "Nuestra Sra. de Sonsoles". Avila)

Elena Martínez Pérez (Matrona, Hospital "La Paz". Madrid)

Clara Bachiller Ramón (Socióloga, Asociación Nacional de Matronas. Madrid)

"...La naturaleza humana no es rígida e inflexible sino que se caracteriza por su extraordinaria capacidad plástica de adaptación... Los ritos culturales son más fuertes y coercitivos que los fisiológicos y los cubren y los deforman... No satisfacer una necesidad artificial y culturalmente estimulada (...) puede producir mas infelicidad y frustración en el corazón humano que el más riguroso cercenamiento cultural de las demandas fisiológicas del sexo o el hambre."

Margaret Mead.  
Adolescencia Sexo y Cultura en Samoa

## INTRODUCCIÓN

Es indudable que en la actualidad la mujer percibe las mejoras en la calidad asistencial de nuestras maternidades, sin embargo, podemos comprobar que en los últimos años, estamos ante un período de retroceso en cuanto a los comportamientos y actitudes de las mujeres ante el parto.

El perfil medio de la mujer que acude a la maternidad es primípara, con edad entorno a 30 años, que en la gran parte de los casos solo va a tener este primer y único hijo. Tiene un nivel

académico elevado y trabajo por cuenta ajena, y una serie de características propias de un sistema laboral y económico nada propicio para tener y criar niños.

Tras la implantación progresiva de la anestesia epidural, estamos asistiendo a un incremento exagerado de la demanda.

Todos estos factores provocan que la asistencia al parto y las clases de preparación maternal cada vez sean menos valoradas por la mujer. : *"para qué voy a ir a clases de preparación si no me va a doler el parto", o "para qué voy a sufrir inútilmente durante el parto si por fin la tecnología me evita ese mal trago"...* son razonamientos que se expresan cada vez más frecuentemente.

Lo cierto es que la mujer acude a la maternidad con una elevada carga de miedo y que intenta aprender lo que debe hacer el día del parto, de la misma manera que aprendió a superar los exámenes en el colegio. Quiere hacerlo bien y por supuesto no sufrir, ya que bastantes sacrificios le va a reportar la maternidad, (la lactancia, el trabajo, no poder salir...). A pesar de que la figura del padre ha cambiado afortunadamente, comparte mucho más en las tareas domésticas y se implica en el proceso de tener un hijo, la mujer sigue teniendo en el inconsciente y en la práctica, una sobrecarga de tareas y responsabilidades que son dignas de otro estudio.

Esta sobrecarga la llena de contradicciones queriendo ser la madre perfecta, la profesional perfecta y la mujer 10.

Ante estas evidencias muy generales, cabe preguntarse si las matronas estamos actuando correctamente en los distintos ámbitos donde trabajamos. Aumentar el nivel de conocimientos en las clases es bueno, pero en ningún caso debe provocar en la mujer la sensación de volver al colegio y examinarse de ser madre.

Quizá un pequeño repaso a la perspectiva del psicoanálisis nos de alguna clave para entender esta situación. En nuestra cultura por un lado de



origen greco-latino y por otro lado judeo-cristiano; primero habría existido un Padre, un principio masculino protector, normativizante y limitador de libertades. El hombre, es su búsqueda del placer llega a asesinar al Padre. La libertad conseguida tras la muerte no es entendida y conduce a sentimientos de culpa, que se expresan en veneraciones a la figura del padre asesinado, dando origen al Patriarcado. Fue el hombre, celoso y desconocedor del secreto femenino de la tierra, intenta someterla, conducirla y controlarla, creando leyes que la limitasen.

Según Victoria Sendon, en su revisión de la teoría psicoanalítica y apoyándose en la Antropología, llega a afirmar que antes del padre ya existía una Matria, equivalente al a Tierra, en Latinoamérica (La Pacha Mama) un principio femenino, que proporcionaba alimento y placer. En el seno de la Matria nace la vida y a ella retorna tras la muerte, una muerte sin dramatismo que supone la continuidad de una vida en libertad.

¿Acaso no es ésta la situación de la mujer hoy?, ¿no estamos haciendo con la maternidad lo mismo que hizo el hombre celoso de la tierra, -controlar, conducir y someter-?

La inquietud que nos llevó a realizar este trabajo, fue revisar las respuestas y soluciones que otras culturas aportan a éstos planteamientos. La antropología nos permite valorar el mundo de la maternidad desde otras perspectivas.

La Antropología como disciplina surge a mediados del siglo XIX. Los etnólogos e intelectuales europeos comenzaron a estudiar y recoger en sus diarios de viajes los elementos más llamativos de las distintas zonas conquistadas o colonizadas. Hasta mediados del siglo XX la antropología avanzaba unificada hasta que se fue dividiendo en diversas corrientes teóricas que se han ido sucediendo en el tiempo. Las corrientes teóricas que nosotros hemos seguido son el estructural funcionalismo y el relativismo cultural.

Los antropólogos culturales demostraron que los humanos tenemos tres características comunes en todas las culturas:

1) Biológicamente, nuestra condición de mamíferos y la vulnerabilidad del recién nacido hacen que la madre y en su caso el progenitor se encarguen de la crianza de los hijos durante varios años tras el nacimiento.

2) La especie humana no tiene un período de celo determinado o marcado temporalmente.

3) En todas las culturas conocidas, por muy primitivas o precarias que sea, existe el tabú de incesto, que se impone con las formas más diversas.

Estas tres condiciones explican la necesidad de crear estructuras políticas que determinan y regulan la continuidad de la especie, los medios de producción, las relaciones de intercambio, y la división sexual del trabajo; dando lugar a la diversidad de culturas y distintas formas de organización.

¿Cómo se entiende ser mujer en éstas culturas?  
¿Cómo se vive la Maternidad?

En primer lugar vamos a hablar brevemente de la historia de la mujer y de la matrona en Europa.

◆ La *Iliada* y la *Odisea*, Las Leyes de Roma, Los Cinco primeros libros de la Biblia, configuran las ideas de las generaciones europeas venideras. Las imágenes que proporcionaban, los principios morales, los valores que presentan se adoptaron como tradiciones heredadas por las mujeres europeas hasta el presente.

◆ "MUJER" es un insulto en *La Iliada* y en el Antiguo Testamento, que se aplica a los hombres cobardes.

◆ Según las Doce Tablas de Roma: "Debido a su ligereza de mente" toda mujer estará bajo la potestad de un hombre.

◆ En los libros del Antiguo Testamento el matrimonio exigía la fidelidad de la esposa, pero no la del marido (El marido comete adulterio cuando tiene relaciones sexuales con la mujer de otro hombre, no cuando tiene relaciones con otra mujer).

◆ Las mujeres son ritualmente impuras cuando menstrúan. El tabú de la menstruación estaba destinado a proteger a los hombres de la "contaminación"

◆ La mujer que daba a luz un hijo quedaba impura siete días y no pueden ir al templo en 33 días. Si es niña, son 14 días y 66 respectivamente. Esta impureza ritual convierte la menstruación y el nacimiento, en especial el de una HIJA, en acontecimientos contaminantes.

◆ La subordinación femenina continuó. Los hombres fueron educados para ser fuertes y belicosos, y las mujeres fueron adiestradas para ser sumisas y obedientes a los varones, características que pronto se consideraron innatas y naturales de ambos sexos.



◆ La mujer europea arrastra todas estas concepciones que han sido perpetuadas a través de los testimonios y narraciones griegos, romanos, celtas, germanos, hebreos y cristianos. Estas fuentes antiguas siguieron modelando la cultura y la sociedad europea durante siglos. No olvidemos que la cultura solo ha estado al alcance de los hombres hasta hace muy poco tiempo.

◆ Avanzando un poco más en el tiempo, *las mujeres nobles* del siglo IX al XVII eran tan esenciales para el sistema feudal y el orden del reino, como lo eran los hombres, porque de sus hijos dependía la herencia de los bienes.

◆ El 45% de las mujeres con título moría antes de los 50 años, y de éstas, el 25% moría de parto.

◆ Las mujeres campesinas del siglo IX al XX, pasaban embarazadas la mayor parte de su vida adulta, con un potencial de fertilidad de aproximadamente 20 años.

◆ Una vez embarazada podía tener privilegios especiales como no realizar tareas duras durante la gestación. El embarazo y el nacimiento de un hijo eran épocas de especial compañerismo femenino, un lazo especial que solo ellas, como mujeres compartían.

◆ Una mujer de su familia, o la "curandera" (la partera) se mostraba activa durante todo el nacimiento con palabras de ánimo y ayudas prácticas.

La facilidad del parto dependía de tres factores: La condición física de la madre, el tamaño de su pelvis en relación con el tamaño de la cabeza del niño y la posición de éste en el útero.

◆ En los Siglos XVIII y XIX gobiernos como el de Francia y Rusia intentaron decretar exámenes y permisos para las parteras de todo el ámbito rural, pero las mujeres de los pueblos no se preocuparon de recibir instrucción.

◆ Las parteras siguieron gozando de un rango especial no debido a ninguna educación formal sino a su propia experiencia en partos, su conocimiento de la medicina herbolaria y su sentido intuitivo de las medidas, lo cual facilitaba el proceso. Por ejemplo en el Siglo XVII, en Francia, el pueblo entero debía de pagar a la partera, como al pastor y al maestro de escuela.

◆ A pesar de numerosas historias sobre las "sucias e ignorantes brujas" que atendían partos, las parteras, seguían siendo la única solución a los partos difíciles (nalgas, cabezas gruesas, partos

prologados, etc), pero poco podían hacer para evitar las consecuencias de infecciones, falta del reposo adecuado, etc.

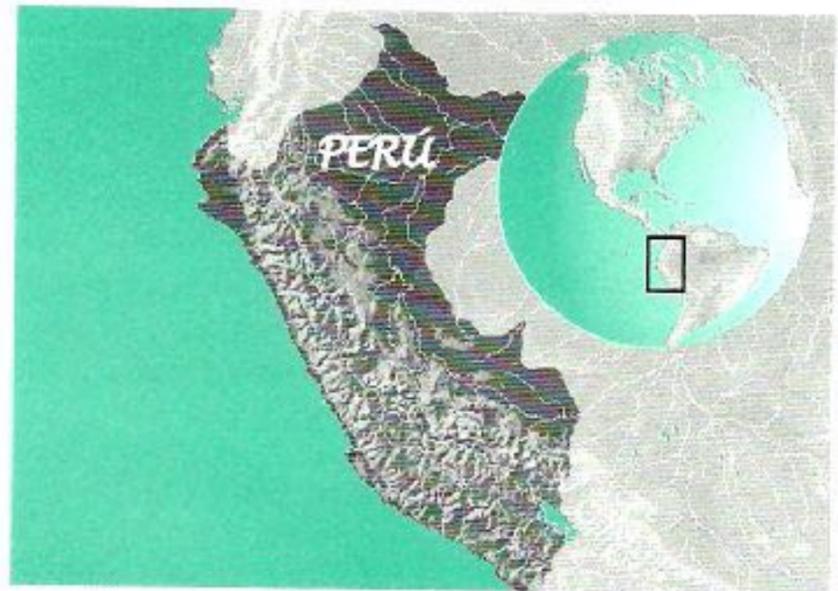
◆ Los cuidados de los recién nacidos y hasta los cinco años más o menos, era siempre responsabilidad directa de las madres.

◆ Las mujeres del campo tenían la responsabilidad de la salud de su familia. Conscientes de la preciosa naturaleza de la vida, honraban el nacimiento y la muerte con cuidados y ritos especiales que persistieron hasta la Edad Moderna.

Ya hemos visto los valores que la mujer en Europa ha ido asimilando con el tiempo, ahora pasamos a describir las peculiaridades más reseñables de las culturas que hemos seleccionado. Los términos antropológicos que vayan apareciendo puede consultarlos en el glosario adjunto.

A pesar de que nos pueda parecer que está peor considerada, la mujer indígena cumple un papel muy importante en su clan o tribu, y no debe ser comparado con el que desempeña la mujer occidental.

## AMARAKAERIS



**Localización:** Área Amazónica del Sureste peruano.

**Estructura:** Grupos humanos patrilineales.

**Basado en:** Carlos Junquera Rubio "Indios y supervivencia en el Amazonas", Ed. Amaru. Salamanca. 1995

Entre los AMARAKAERIS, el matrimonio tiene como finalidad directa y única la procreación. La hembra está considerada por su familia y por la de su marido como un capital humano, como fuente de vida.

Una vez asegurado el embarazo a través de varios indicios, una anciana (tonéswe) se pone a disposición



de la primeriza para iniciarla en su futuro rol de madre, pero sin lesionar el papel de esposa y ayudar a velar por el feto que debe dar a luz en un próximo futuro.

La mujer amarakaeris vivirá con alegría e inquietud el embarazo. El apoyo moral lo encontrará en su familia. Los parientes tratan por todos los medios que la embarazada alumbre en las mejores condiciones materiales, morales y psicológicas.

Cuando una esposa nota los primeros dolores, *las parteras* se sitúan en torno a ella, en el interior de la casa, lejos de las miradas masculinas -(30 años

atrás, la misma hubiera alumbrado sola, sin ayuda de nadie y en un rincón del bosque).-

El feto es miembro del clan y del linaje. El nacimiento no será para el feto mas que una emergencia, y no el principio de la vida".

Cuando una mujer está embarazada, sus familiares aguardan con impaciencia el momento en que la mujer capte los primeros movimientos del niño/a. Los amarakaeris atribuyen a este instante el inicio de la vida del feto, empezándose a partir de aquí a contar la edad del bebé.



MUJER NIÑO (AMAZONAS PERUANO)



MUJER DEL NORTE PERIANO

Nos encontramos con rituales de purificación como consecuencia del parto, del incesto o de infidelidades, tanto para el varón como para la mujer. Existen ritos y ceremonias para el inicio de las relaciones sexuales después del parto y de conjura para los ancestros que se ejecutan con gran discreción.

## LOS INDIOS TZOTZILES DE CHIAPAS



**Localización:** México

**Epoca:** contemporánea.

**Cultura:** Derivación cultura Maya.

**Basado en:** Guiomar Rovira. Edic. Era. 1997. México. "Las Mujeres del Maíz"



ADOLESCENTE DE CHIAPAS (MÉXICO)

### MUJER:

La principal misión de la mujer en Chiapas es la maternidad. El sistema de parentesco y linaje es patrilineal. La estructura económica está basada en la agricultura. No tener hijos constituye una frustración para la mujer y puede suponer la ruptura de un matrimonio basado en un contrato socioeconómico con el fin de procrear.

La mujer indígena implicada en la guerrilla zapatista renuncia a su capacidad para procrear a través de la planificación, los anticonceptivos que utiliza son los preservativos y las píldoras.

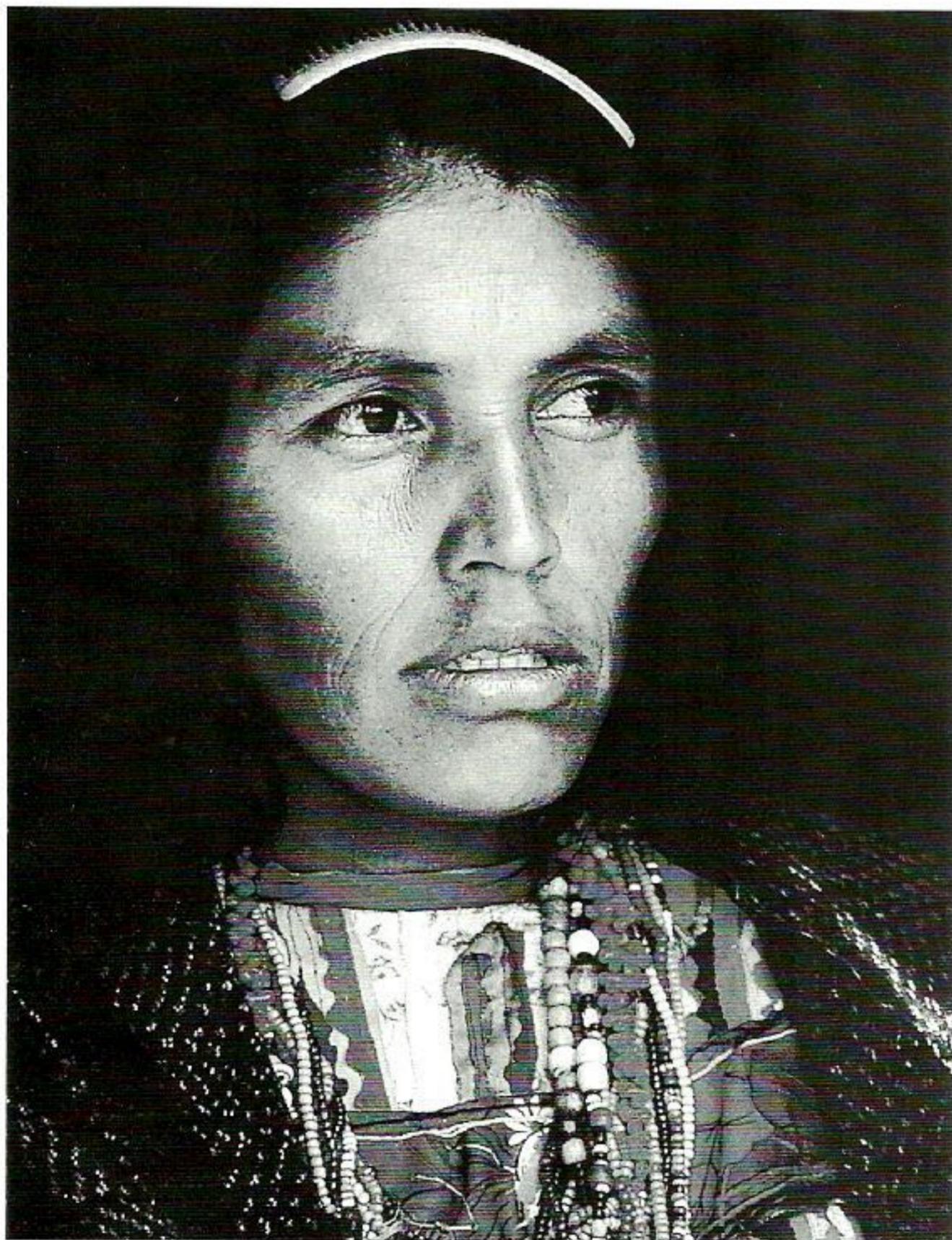
En la comunidad las mujeres no conocen los anticonceptivos. La práctica de abortos en las zonas rurales de México, asciende a uno de cada cinco mujeres.

El sexo sin procreación está mal visto en general (moral religiosa adoptada de las influencias coloniales).

La Luna es la deidad femenina, la diosa de la fertilidad. Sus fases coinciden con el ciclo reproductor humano y agrícola. Según la creencia Maya, la mayor parte de las mujeres menstrúan durante la luna nueva y son más fértiles durante la luna llena.

La enfermedad en general puede ser física o espiritual, el curandero/a chamán tiene poder para curar ambos tipos de enfermedades. Utiliza para ello una amplia gama de recursos, ritos, rezos y medicinas para cada enfermedad.





Una de sus creencias en cuanto a cosmovisión consiste en que Kuatxilicue dios creador, creó al hombre del maíz, como fruto de la tierra. Cada hombre de las montañas nace a la vez que un animal, y cuando enferma por algo, es debido a que su hermano animal está en apuros, enfermo o herido. Si el hombre abandona la población y se traslada a la ciudad, el animal muere y el hombre pierde su condición y su nombre indígena, su totem.

#### **MATRONA:**

Cuando una partera es además chamán (ilol), adquiere un máximo rango dentro de la medicina y cobrará por sus servicios.

La Luna rige los embarazos y protege a las criaturas, determinando el nacimiento. Los indios Tzotziles convierten el nacimiento en una ceremonia ritual donde se utiliza aguardiente, velas de colores incienso y humo.

La partera-chamán puede utilizar el metate (que es el rodillo de madera con el que muelen el maíz) para acelerar los partos prolongados, pasándolo por el vientre de la parturienta como símbolo ritual de llamada al nacimiento y sirviendo a la vez de kristeller.

#### **PARTO:**

Los partos se desarrollan en casa y con las sayas puestas. Una mujer indígena no se desnuda durante el parto. La mujer permanece en cuclillas, en pie, o colgada del cuello del marido o de algún hombre de la familia. El resto de la familia, invitados y partera celebran el nacimiento con oraciones, cantos y tomando posh. El parto y sus rituales varía ligeramente entre los diferentes poblados indígenas de la sierra.

Uno de los ritos de Tenajapa consiste en cortar el ombligo y colgarlo de un árbol cercano. La placenta se quema en el fuego del hogar, en otras poblaciones se entierra bajo el suelo de la propia casa como símbolo

de fertilidad y como símbolo de asegurar la manutención de los recién nacidos. El fuego purifica y protege al niño.

El postparto es una etapa donde se considera que la mujer está débil, se le da agua tibia y no sale de casa hasta el cuarto día, para protegerse de malos espíritus y posibles enfermedades.

Al niño se le pone el apellido común de la rama familiar y un segundo apellido indígena que suele ser un animal, objeto o fenómeno con el que haya soñado la madre durante su embarazo. También se suele poner el apellido según el color de la placenta.

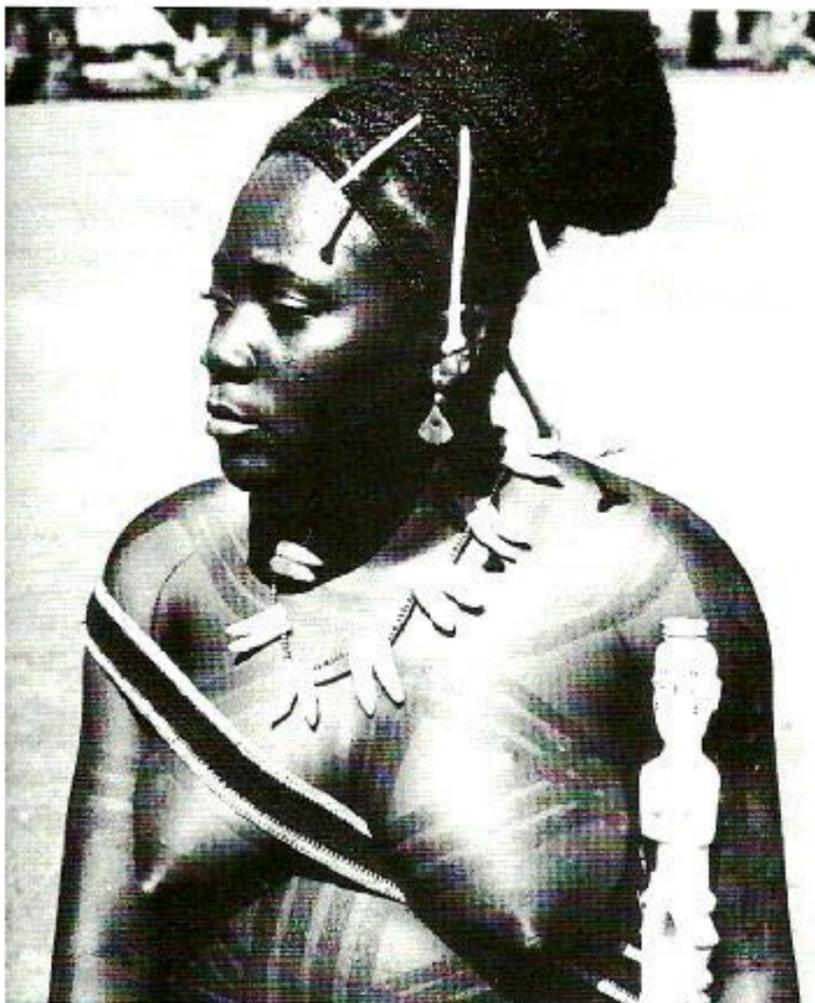


## LOS AZANDE



**Localización:** entre Sudán y Zaire, cerca de Uganda.  
**Epoca:** contemporánea.  
**Cultura:** centrada en la magia y la adivinación.  
**Basado en:** Evans Pritchard. "Los Azande" Ed. Grijalbo, 1978. Barcelona

Los Azande utilizan un oráculo del veneno que denominan "benge" para tomar decisiones. Su utilidad es más un acto de fé que un acto científico. El benge es un polvo rojo que se extrae de una enredadera. Suministran el veneno a un pollo, y dependiendo si el pollo vive o muere, así interpretan la respuesta que esperaban.



MUJER DEL SUDAN

Cuando una mujer está embarazada, el marido consulta el oráculo para saber si es el padre. En caso positivo, antes del parto consultará también el nombre de la matrona que va a atender a su mujer y a su hijo.

La embarazada no puede comer de forma habitual, por ejemplo si come del centro de la cazuela su hijo puede salir con la cabeza deforme, o si come en cazuelas viejas el niño puede enfermar.

Cuando la mujer está de parto, el marido manda buscar a la matrona elegida y a otra mujer que la sujetará por detrás. Llevan a la mujer al lugar determinado por el oráculo y allí parirá.

Las Comadronas son muy poderosas, tienen poder para salvar o para hacer daño al niño, por eso cuando vuelven a casa después del parto, el padre y la madre van a verla para agradecer su labor y evitar posibles acciones malignas. La comadrona llama al niño "nieto mío" y pide a la mujer que después lleve al niño para que lo vea". La madre promete volver pronto con el niño y así acaba la intervención de una comadrona.

## INDIOS CUNAS



**Localización:** Panamá  
**Epoca:** contemporánea.  
**Sociedad y cultura:** Sistema de residencia matrilocal. Economía agrícola.  
**Basado en :** Tomás Calvo Buezas " Los Indios Cunas" y Levi Strauss " El Hechicero y su Magia"

Entre los Cuna los rituales iniciáticos o de pasaje que se celebran para pasar de un estado vital a otro, son el eje central del sistema ritual. El más importante es el de la pubertad.

Debido a que la residencia es matrilocal, es el hombre el que se desplaza para irse a vivir a la casa de la madre de su esposa.





INDIAS CUNAS

El alumbramiento aparece como un acto "normal" en la vida de los Cunas pero está asociado a ciertas ritos y tabúes.

Los primeros cuatro meses llevan una vida normal, después no pueden cortar leña, transportar objetos pesados ni asistir a las reuniones del congreso.

Suelen disimular el embarazo con anchas faldas (sahuredy) e incluso a los hijos pequeños no les dicen que están embarazadas.

Durante el embarazo acuden al chamán-médico para que suministrar hierbas y plantas especiales para el feto.

La **partera** es una figura muy relevante en la tribu, participando de forma importante en los rituales de pasaje, tanto en la perforación del tabique nasal como en los lóbulos de la oreja y en los del cambio de hebra, ritual de la pubertad, donde están encargadas de preparar la canoa en la que se bañará la adolescente.

Una **partera** recibe las señales que la vida le muestra tanto en sueños como en forma de juegos de su infancia, o de algunas enfermedades que afectan a su salud, indicándole su condición de haber nacido para ser **partera**. Cuando este hecho se hace consciente pasa a formarse con otra mujer que ya es reconocida por la tribu y por el chamán como **partera**.

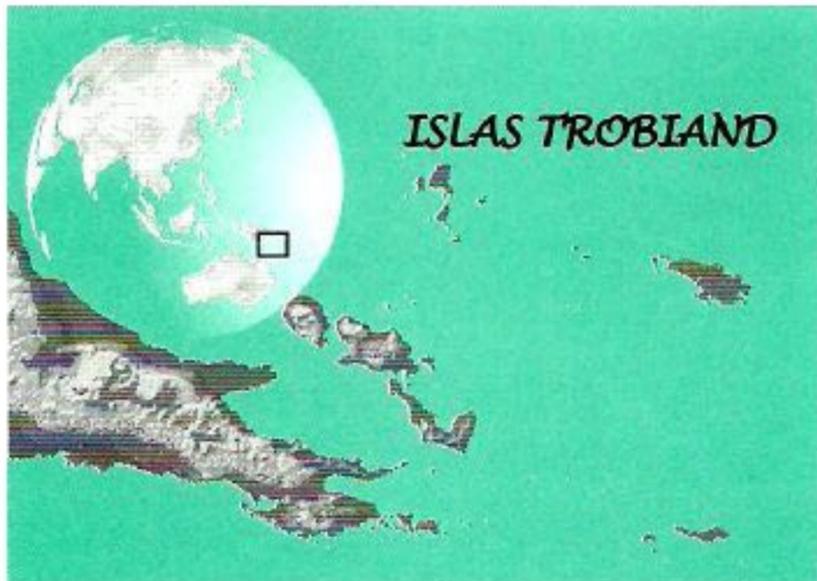
La intervención del Chamán es inusual, solo se requiere en caso de que la **partera** lo solicite por dificultades que imposibiliten el parto.



MUJERES CUNA

El parto difícil es consecuencia de que los dos espíritus que intervienen en la formación del feto (muu femenino y nuchu masculino), han entrado en conflicto, uno de ellos, muu, se apodera del purba (alma de la futura madre). El chamán, pretende acabar con los abusos de muu y busca el alma perdida a través de un ritual que consiste en: un canto, demolición de obstáculos, victoria sobre animales feroces y, finalmente, un gran torneo librado entre el chamán apoyado por nuchu y sombras mágicas que consiguen doblegar a muu para liberar el alma de la mujer. El parto ya se puede realizar y el chamán continuará con el ritual para que muu no se apodere de otras almas de los visitantes. Finalmente muu da las gracias al Chamán y le dice: ¿Cuándo nos volveremos a encontrar?.

## TROBIANDESES



**Localización geográfica:** Islas Trobiand. Costa de Nueva Guinea.

**Epoca:** contemporánea.

**Estructura sociopolítica:** tribu matrilineal

**Antropólogo:** Bronislaw Malinowski "La vida sexual de los salvajes del Noroeste de la Melanesia". Islas Trobiand. Nueva Guinea Británica. Edi. Morata, 1975. y "Los Argonautas del Pacífico Occidental". Edit. Península, 1975.

## MUJER Y CULTURA.

Cada nuevo hijo pertenece al clan de la madre y la fortuna y posición social se transmite de tío materno a sobrinos.

La mujer tiene un status tribal muy elevado. No participa de los Consejos de los hombres pero tiene sus propias reuniones para controlar muchos asuntos de la vida comunitaria de la tribu como la distribución del trabajo y productos hortícolas. Controla ciertas secuencias del reparto ceremonial de alimentos.

Así mismo la mujer dispone de la magia y de la hechicería. Si una mujer tiene el rango de jefe, debe ser tratada y reverenciada como tal, incluso por su propio marido.

Antes del matrimonio la vida sexual es libre y promiscua. Los muchachos que durante la ceremonia Katayuasi visitan un pueblo vecino pueden escoger a la joven con la que pasará la noche. Durante los velatorios, es costumbre que las muchachas de los pueblos forasteros consuelen a los jóvenes autóctonos en el duelo. Incluso durante el trabajo comunal en los huertos, cualquier forastero que se aventure a pasar frente a ellas, corre el peligro de ser atrapado, despojado de la hoja que cubre su pubis y, sometido a orgías y malostratos.

El matrimonio carece de ritual específico, tan solo se limita a que la mujer va a casa del marido y un poco más tarde se procede a un intercambio de regalos.



**PAREJA DE NUEVA GUINEA. TROBIAND**

La familia de la esposa está obligada a apoyar económicamente a la nueva familia procurando al marido toda clase de servicios. La mujer mantiene una gran independencia y debe ser tratada por su marido con consideración y respeto, en caso contrario, ella puede dejarle plantado, volver a casa de sus padres con la consiguiente pérdida económica que suponga para él.

Cuando la mujer queda embarazada se celebra un ceremonial público. Los parientes de la futura madre se consideran en la obligación de procurarle ciertos vestidos prescritos para la ocasión, que le serán entregados con gran lujo de ceremonias en el curso del 5º mes de embarazo.



**MUJERES DE NUEVA GUINEA CON ATUENDO FESTIVO**



- La fórmula del ceremonial enumera todas las partes del cuerpo con la minuciosidad que caracteriza la magia de los trobiandeses.

- La notable hazaña que se encuentra simbolizada en los ritos del primer embarazo es la resplandeciente blancura de la piel de la mujer embarazada.

- El ceremonial consta de tres actos con la pretensión de hacer la piel tersa, blanca, suave y bella.

- Son ritos asociados a la *Magia de la Belleza*. En la dicción del rito se da a entender que esta costumbre está determinada por la tradición ancestral.

- Se lleva a cabo *para preparar su piel para las abluciones del parto*.

- A partir del 5º mes, la futura madre comienza a imponerse ciertas restricciones alimenticias y se instala en casa de sus padres. Cuando el parto es inminente, invariablemente debe ir a residir a casa de sus padres o de su tío materno.

- Cuando el parto es difícil las indígenas acusan a la magia maligna. El resto del cordón umbilical y la placenta son enterrados en la huerta.

- Durante el primer mes, madre e hijo permanecen sobre una cama alta debajo de la cual arde un brasero. Es una medida higiénica.

- Un mes más tarde, se practica una magia: Se queman flores de lirios blancos con un poco de leña seca.

- Trascurrido este ritual, madre e hijo dan un paseo por el poblado y reciben regalos, generalmente alimentos.

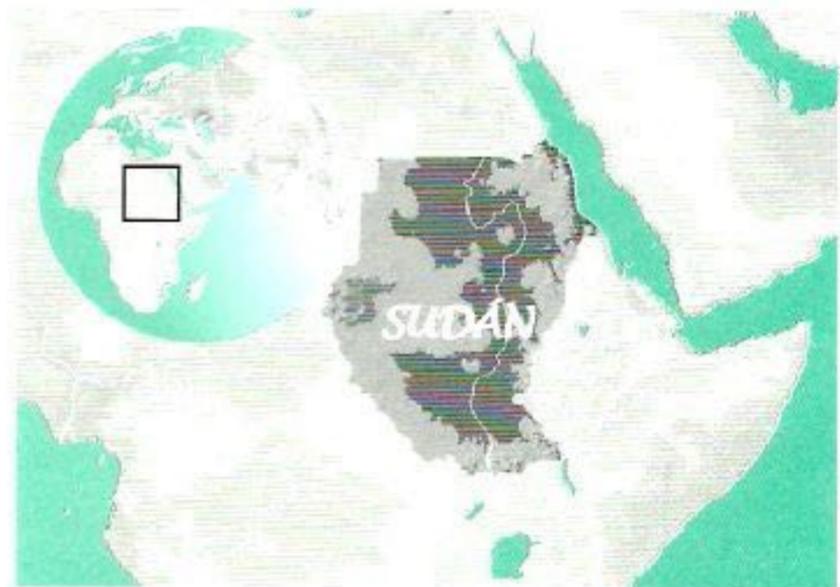
- Posteriormente se recluye otro mes más durante el cual marido y esposa solo pueden hablarse a través de la puerta y lanzarse alguna que otra mirada.

Las relaciones sexuales son rigurosamente tabú hasta que el hijo comienza a andar. El marido, así tenga una o varias esposas, debe abstenerse de relaciones sexuales conyugales o extra-conyugales.

Después de la segunda reclusión, madre e hijo regresan a casa.

Generalmente, el destete no se hace hasta los dos años. Cuando hay dificultades, se le lleva a una aldea lejana donde tenga parientes; o bien, si sus padres viven en una aldea interior, se les lleva a la corte. Estos cambios de lugar se consideran esenciales para recobrar la salud y el buen humor.

### LOS BARI



**Localización:** Oriente del Sudán

**Epoca:** contemporánea

**Basado en:** Dionisio Castillo. "Mito y realidad en los Bari". Edit. Amarú. Salamanca, 1992.

**Cultura:** los medios de subsistencia, o producción de los mismos se realiza mediante la división del trabajo patriarcal, comunitario.

### MUJER Y SOCIEDAD.



**MUJER BARI (SUDÁN)**

La estructura básica en los Bari es el grupo comunal (bohío), compuesto de varias familias troncales. Dentro del grupo no hay clases privilegiadas, los varones se encargan de organizar el plan



de asamblea comunitaria. La división del trabajo no implica infravaloración de la mujer, pero los condicionantes de su estructura patriarcal, hace que las mujeres queden excluidas de algunos derechos y responsabilidades.

### EMBARAZO Y PARTO.

Cuando una mujer **bari** se queda embarazada, la primera persona en saberlo es su madre. Se le oculta hasta a su propio marido.

La mujer **bari**, durante el embarazo, se somete a una serie de costumbres o tabúes que proceden de los orígenes ancestrales.

La mujer encinta debía seguir trabajando y haciendo sus labores con la misma normalidad que antes de embarazo para que el niño crezca con fuerza y agilidad.

A la vez tiene prohibidos algunos alimentos como la iguana, o el oso que produce nacimiento lento y con problemas. Comer yuca doble o plátanos dobles, produce gemelos.



**GRUPO DE MUJERES DE SUDÁN**

Algunas acciones también están prohibidas, como mirar una culebra, que supondría la muerte del niño; o dormir mucho durante el embarazo porque los niños pueden salir subnormales.

La primera en enterarse de los síntomas vuelve a ser la madre, que en compañía de otras cuatro mujeres y su cuñado, salen hacia el monte hasta encontrar un lugar con agua. Una de ellas, limpia el terreno y coloca en el suelo abundantes hojas de bijau. Al comenzar los dolores de parto, la mujer, de pie se agarra a un árbol mien-

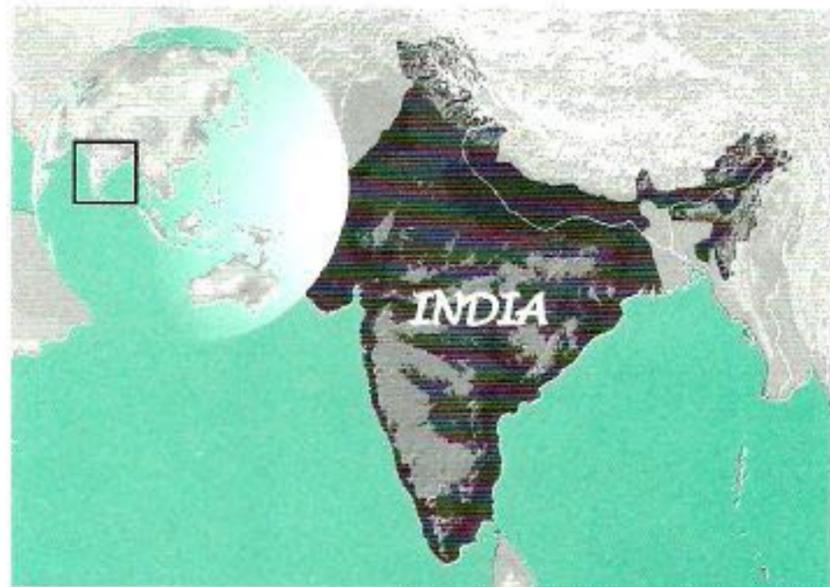
tras el cuñado le sujeta las manos. El resto de las mujeres hacen de comadronas, mediante masajes, forzando el vientre de la parturienta para ayudar a salir al niño. La abuela recoge al niño depositándolo en las hojas de bijau. Una de las asistentes corta el cordón umbilical con un pico de pato de agua, lo anuda y luego entierra la placenta también envuelta en bijao para evitar que se la coman los animales. Se limpia con agua al recién nacido y se trasladan de nuevo al poblado.

- El marido permanece en la casa comunal o sigue sus tareas normales. Si el marido ve nacer a su hijo, supone que el niño tendrá problemas en la garganta que no le dejan cantar. Tiene prohibido también coger al niño durante algún tiempo. La noticia del nacimiento se la comunica su cuñada. Si es niño el padre se alegra. Si es niña, no.

- Si dan a luz gemelos, matan a uno de ellos por la dificultad económica y la imposibilidad de dar pecho a los dos. Si es chico y chica, matan la niña.

- La educación de los hijos corresponde a la madre hasta los tres años, después al padre, la educación de las hijas solo corresponde a la madre.

### LOS NAYAR Y LA DEFINICIÓN DEL MATRIMONIO



**Localización:** Antiguos reinos en el Estado de Kerala, en el centro de la costa Malabar situada en el océano Índico y el mar Arábigo en el suroeste de la India.

**Epoca:** siglo XIX hasta 1950 siendo colonia británica.

**Cultura:** estructura jerárquica por castas, matrilineal. Economía agrícola.

**Basado en:** Katheen Gough. Los Nayar y la definición de matrimonio. "Polémica sobre el Origen y la Universalidad de la familia".

### MUJER Y SOCIEDAD:

Las mujeres pueden tener de tres hasta ocho maridos. El concepto de paternidad no existe, ni en sentido biológico ni legal. Los hijos se dirigían a los amantes de su madre como "jefe", pero si se le asigna una especie de "marido ritual" elegido por la asamblea de astrólogos en un ritual público que consistía en encerrar durante tres días a las jóvenes para demostrar que ya menstruaban.

Tras el encierro, permanecían con su marido ritual una semana de cohabitación, y una vez finalizado este período, la joven ya era considerada "mujer adulta" pudiendo tener relaciones sexuales con cualquier hombre de casta superior o igual a la suya, también con su marido ritual si querían ambos.

El rito iniciático consistía en romper públicamente el calzón, las vestiduras que la muchacha había utilizado durante la cohabitación.

### LA MATRONA Y EL PARTO:



Lo normal era que el marido ritual tras la ceremonia no tuviera ningún tipo de relación ni de obligación hacia su mujer ni hacia los hijos de ésta.

La posible paternidad de los hijos se asignaba al hombre que pagase el precio del parto.

Existían matronas especializadas y profesionalizadas, normalmente eran mujeres de castas inferiores

que recibían una gratificación consistente en una tela y verduras por ayudar a las mujeres de castas superiores. El símbolo de pagar por el parto era fundamental para que el recién nacido adquiriera su casta y su linaje.

El estudio de la cultura Nayar supuso en la Antropología el fin de la universalidad de la familia. Existían sociedades donde no existía paternidad y también que la producción, distribución de bienes y parentesco o afinidad no tenían por que estar regidos siempre por una institución matrimonial o familiar.

## EL KIBBUTZ. UNA SOCIEDAD SIN FAMILIA NI MATRIMONIO



**Localización:** Israel

**Epoca:** contemporánea.

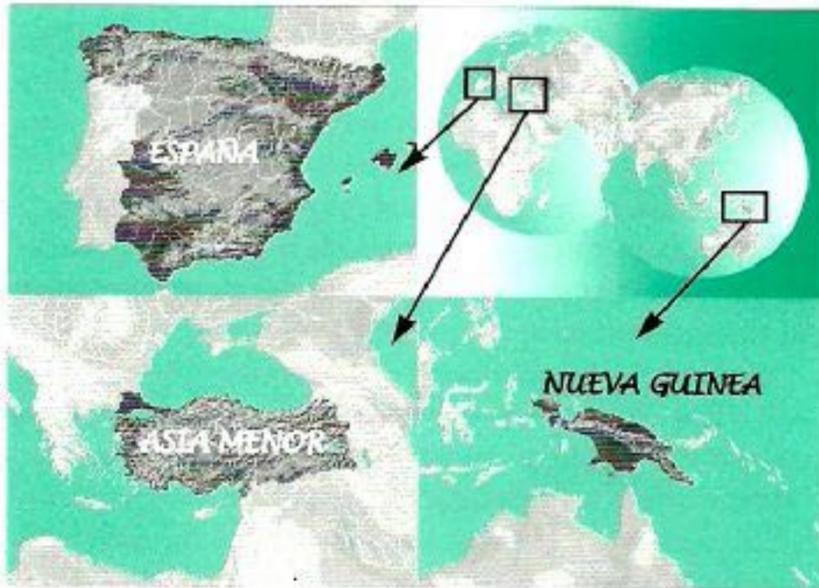
**Basado en:** Melford E. Spiro. ¿Es universal la familia? "Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia". Edit. Anagrama Barcelona 1987.

El Kibbutz es una colectividad agrícola, donde el matrimonio no existe si lo entendemos como una relación entre adultos de distinto sexo caracterizada por actividades sexuales y económicas, ya que en el Kibbutz, tanto el hombre como la mujer trabaja bien en el campo o bien en las ramas administrativas de la comunidad.

Los niños tienen residencia propia donde duermen, comen y pasan la mayor parte del tiempo. El nacimiento de un hijo es un don para el grupo y para los padres, es el rey, es colmado de atenciones y cuidados. Pero la educación y los cuidados no es una responsabilidad de los padres sino de todos. (Rasgos característicos de la tradición judía)

Tras el parto que se realiza normalmente en el hospital, el recién nacido es instalado en la casa de los recién nacidos donde será alimentado por su madre y visitado por el padre, y estará al cuidado de las niñeras.

## EL RITO DE LA COVADA UN PARTICULAR EJEMPLO DE "MATERNIDAD MASCULINA".



**Localización:** Esta práctica se lleva a cabo entre los Tirabeniños, pueblo asentado en Asia Menor; los Corsos, los Bearnenses y en Nueva Guinea, también en pueblos del Norte de España.

**Epoca:** contemporánea.

**Basado en:** Julio Caro Baroja. "Los pueblos del Norte". Edt. Trextoa. San Sebastián, 1973.

La participación del padre en el proceso de la reproducción, puede ir mucho más allá de biología. Algunos varones de Nueva Guinea intentan simular la menstruación haciendo que sus penes sangren. Entre los Wogeo, los hombres cuya mujer está embarazada dicen que sufren tantos mareos matinales como ella, se cansan fácilmente y evitan actividades fatigosas como la caza.

La **covada** consiste en la ficción de que el padre comparte las cargas, síntomas y recompensas de parir un niño.

A comienzos del XIX en Vizcaya, apenas paría la mujer, se levantaba de la cama, mientras que el marido se metía en ella con el chiquillo, porque era un deber de la naturaleza y una costumbre entre los vascos que el primer sudor o abrigo que recibiera el niño fuese el de su padre, para identificarlo con los humores y espíritu de sus progenitores.

En Burgos y Cantabria la **covada** consiste en acostarse el padre con el hijo recién nacido, y en dejarse cuidar con mimo, como si el fuera, ciertamente, quien salió del esfuerzo.

Existen numerosísimas referencias locales del mismo rito en Vizcaya (Guernica), Asturias, Santander, Galicia,

Bembibre (León), Jaca (Huesca), etc. Llegando las referencias incluso a las Islas Baleares (Ibiza y Menorca) y a las Canarias.

Tras este breve repaso por las diferentes culturas y las distintas formas de entender la Maternidad, presentamos las siguientes *conclusiones*:

La Antropología Cultural como disciplina científica demuestra que:

1) La subordinación femenina se considera una variable coyuntural y no una condición humana universal. La figura de la mujer está mediatizada por los intereses culturales y económicos en la cual se desarrolla.



**MADRE AFRICANA**

2) Para nuestra sorpresa, tampoco son universales la institución de la familia ni el matrimonio.

3) En la mayor parte de las culturas existe una figura de partera-matrona que ayuda a la mujer a parir. Paralelamente puede existir el/la chamán (hombre/mujer guía) asociado a la salud física y espiritual.

4) Las mitologías tribales, (cosmovisiones muy cercanas a la naturaleza), junto con estructuras socioeconómicas poco complejas, sitúan a la mujer en un rol principalmente reproductor.

5) Con la práctica de ritos iniciáticos y de pasaje se produce un efecto a nivel consciente e inconsciente en la mujer, que le permiten afrontar el proceso de la maternidad con absoluta naturalidad como fundamento de su rol sexual. Así mismo, mediante estos rituales elimina o controla los mitos negativos, creencias o malos espíritus que puedan dañar o malograr la salud de la madre y del niño.

6) En algunos de los textos revisados hemos podido constatar que las actuaciones de los/as chamanes en el parto es puramente puntual y excepcional. El parto es una experiencia vivida por la mujer a veces en la más absoluta intimidad. Y en la mayoría de las ocasiones es asistida por la matrona, la cual puede utilizar en sus actuaciones tanto su destreza manual como, sus conocimientos de las hierbas-plantas medicinales y de algunos rituales.



## EPÍLOGO

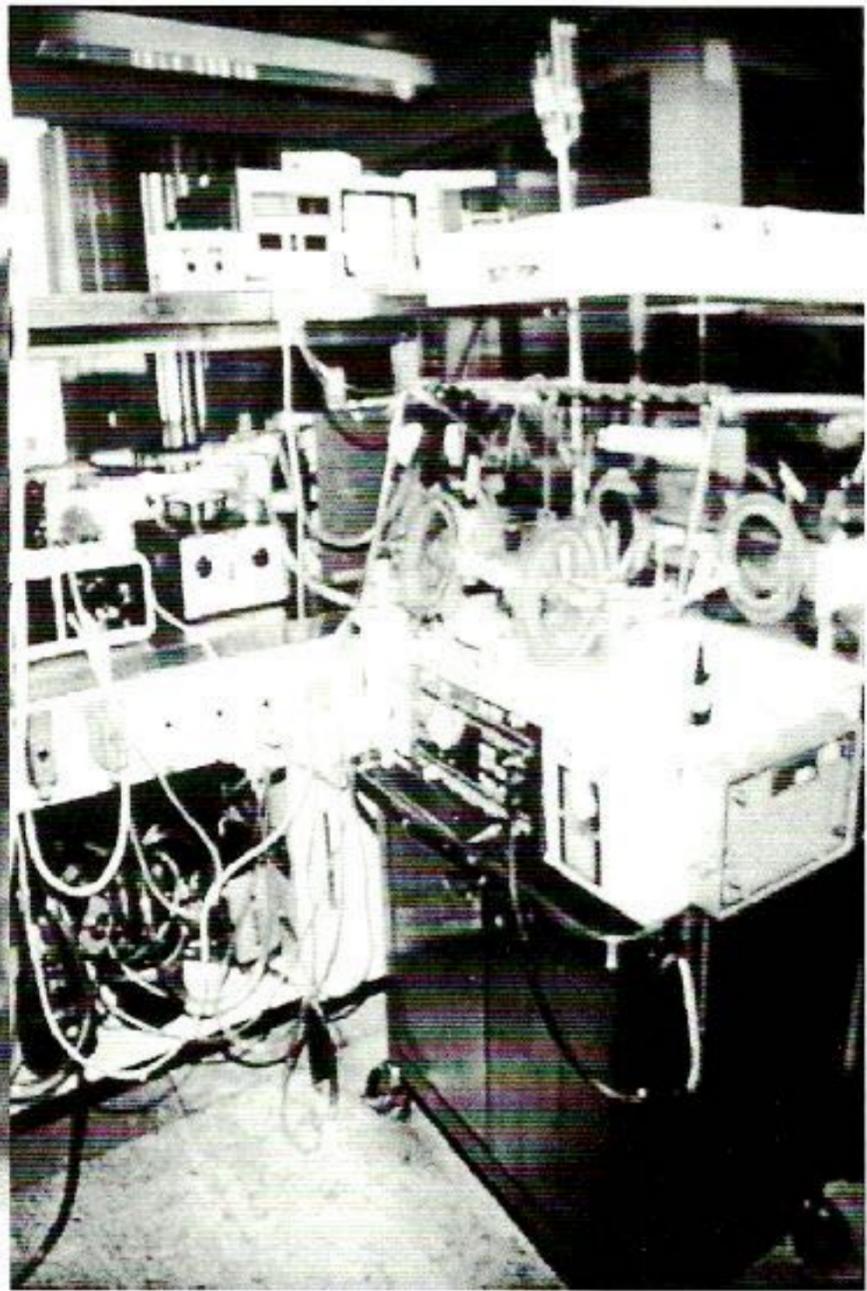
Con este trabajo no se pretende demostrar ninguna tesis. Pero partiendo de las conclusiones, sí queremos invitaros a reflexionar sobre las siguientes cuestiones:

- ¿La mujer indígena pare con mayor facilidad que la occidental?, ¿es un factor determinante su proximidad con la naturaleza?

- ¿Vive la mujer occidental su proceso de maternización con la misma naturalidad, o por el contrario, supone para ella un hecho aislado que pone en manos del sistema sanitario?

- ¿Las matronas debemos encaminar nuestras actuaciones a que la mujer desarrolle la confianza en sí misma y en su capacidad para parir?

- Es indudable que los avances tecnológicos han contribuido a la mayor calidad en la asistencia y en la disminución de la morbimortalidad perinatal, pero... ¿Son ahora los protocolos, hospitalismos y avances tecnológicos los nuevos ritos chamánicos?. Diapositiva chamán-hospital



## GLOSARIO

**Antropología cultural.** Aquellas que relacionan el comportamiento y la organización social con factores culturales-ambientales. Centra su atención en la variación en lugar de en los universales y valoran fundamentalmente el aprendizaje y el papel de la cultura en la adaptación humana. Está muy relacionada con el relativismo cultural y el determinismo cultural.

**Casta:** jerarquía de grupos sociales.

**Chamán:** Sacerdote que se encuentra en muchas sociedades, que tiene acceso directo a los poderes sobrenaturales. En otras sociedades se considera el hombre o mujer guía, capaz de sanar las enfermedades del espíritu.

**Clan:** grupo de descendencia pero que no reconoce la genealogía de un antepasado común. Hermandad de sangre, totémica, o simplemente asociación.

**Cosmovisión:** es una historia y narración sagrada que explica cómo el mundo y la humanidad llegaron a ser tal como los conocemos en la actualidad.

**Esteriotipos de género:** el conjunto de atributos que se suponen asociados con un sexo o con el otro. El género es un asunto cultural si lo comparamos con el sexo que tiene carácter biológico.

**Incesto:** relaciones sexuales entre personas que están estrechamente ligadas por parentesco. (Varía de una sociedad a otra según el sistema de parentesco y linaje que tenga).

**Linaje:** grupo de personas que comparten descendencia a partir de un antepasado común. Puede ser matrilineal o patrilineal.

**Magia:** asociación irracional de causa y efecto. La diferencia con la ciencia radica en que si se la quiere analizar con los postulados científicos sus premisas resultan falsas. No obstante, en un valor puesto al servicio de la lógica de las necesidades individuales.

**Matrilineal:** es el sistema de parientes lineales cuyo vínculo es uterino. Las propiedades y los cargos pasan de madres a hijas.

**Mito:** es uno de los ejes a través del cual el hombre intenta asimilar y controlar la realidad en que vive.

El estructuralismo interpreta el mito como expresión libre. Es lo que el espíritu humano crea sin condicionantes de sociedad, instituciones ni

obligaciones. Son hechos que se refieren simultáneamente al presente, al pasado y al futuro.

**Naturalistas:** Aquellos que argumentan que el comportamiento y la organización social humanos están determinados biológicamente.

**Sexualidad:** comportamiento que implica los órganos sexuales y puede estimular también un placer erótico en otros órganos.

**Parentesco:** interpretación cultural de las relaciones genéticas entre personas.

**Patrilineal:** descendencia a través de relaciones pertenecientes al varón.

**Residencia matrilocal:** significa que la pareja recién formada vive en la casa de los padres de la mujer.

**Residencia patrilocal:** la pareja vive en la casa de los padres del marido.

**Ritual:** son la serie de acciones simbólicas reguladas y establecidas que, permiten solucionar los problemas del nivel terrestre a través de asociaciones con lo oculto. Son ceremonias asociadas a momentos importantes o circunstancias difíciles. Ritos iniciáticos: ceremonias de iniciación a una etapa de la vida a una nueva situación, estado o profesión.

**Roles de género:** Las tareas y actividades que cada cultura asigna a cada uno de los sexos.

**Tabú:** palabra polinesia que se refiere a algo tan sagrado que puede ser dañino para aquellos que no tienen rango suficiente para entrar en contacto con él. En castellano significa algo que está prohibido generalmente relacionado con algo pecaminoso más que con la simple ilegalidad.

**Totemismo:** Es el equivalente a la religión primitiva. Es una institución muy compleja y de formas variables. Se caracteriza por la creencia de que existe relación de carácter mágico-religioso o de parentesco entre un grupo humano y una especie animal. El totem también puede ser un vegetal o un objeto y su símbolo material es venerado habitualmente.

**Tribu:** sistema político preindustrial, no centralizado e igualitario. Es un agregado de unidades familiares vinculadas a la vecindad, comunidad de bienes, lenguaje común, etc... En cada tribu puede haber divisiones según la generación, clanes totémicos, asociaciones, consejos de aldea...

## BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez Martinez, Julián. El Mundo de lo mítico, de lo mágico y de lo totémico. Cap. "El comportamiento humano según Levi Strauss". Edit. Madretierra, 1992
  - Levi Strauss, Claude. Antropología Estructural. Edit. Paidós, Barcelona, 1992
  - Duglas, Mary. Pureza y Peligro, un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Edit. S XXI.
  - Bonnie Anderson. Y Judith P. Cinsser. Historia de las mujeres. Una historia propia. Edt. Crítica, Barcelona 1992.
  - Análisis de 186 culturas por la antropóloga Peggy Reeves Sanday.
  - Bohannan, Paul. Para Raros, Nosotros. Edit. Akal. Madrid, 1996.
  - Sendon de León, Victoria. Más allá de Itaca. Edit. Icaria, 1988 Barcelona
  - Junquera Rubio, Carlos. "Indios y supervivencia en el Amazonas" Ed. Amaru. Salamanca. 1995
  - Rovira, Guiomar. "Las Mujeres del Maíz" Edit. Era. 1997. México.
  - Calvo Buezas, Tomás. " Los Indios Cunas". Edit. Libertarias. 1990.
  - Levi Strauss, Claude " El Hechicero y su Magia"
  - Malinowski, Bronislaw. "La Vida sexual de los salvajes del Noroeste de la Melanesia". Islas Trobiand. Nueva Guinea Británica. Edit. Morata, 1975.
  - Malinowski, Bronislaw. "Los Argonautas del Pacífico Occidental". y Edit. Península, 1975.
  - Castillo, Dionisio. "Mito y realidad en los Bari". Edit. Amaru, Salamanca, 1992.
  - "Polémica sobre el Origen y la Universalidad de la familia". Gough, Kathleen. Cap. Los Nayar y la definición de matrimonio. Spiro, Melford E.. Cap. ¿Es universal la familia? Edit. Anagrama Barcelona 1987.
  - Caro Baroja, Julio. "Los pueblos del Norte". Edit. Trextoa. San Sebastián, 1973.
  - Lewellel, Ted. C. Antropología Política. Edit. Bellaterra, Barcelona 1985.
  - Mead, Margaret. Adolescencia Sexo y Cultura en Samoa. Planeta Agostini Barcelona, 1993
- FOTOGRAFÍAS**
- Las Razas Humanas, Tomo I y II. Instituto Gallach de Librería y Ediciones, S.L. Barcelona 1973.
  - Nacer y Crecer. Tomo VI. Edascal S.A. Madrid, 1986.



## INFORME DE LA C.I.M

Informe sobre la reunión del Comité de Enlace de las Matronas Europeas.  
Atenas, días 6-7 de Junio de 1998.

### INTRODUCCIÓN

**E**l Comité de enlace de las matronas de la Unión Europea (U.E.) se encuentra formado por las matronas que representan las asociaciones de matronas de cada país de la U. E. y de los Estados del espacio económico europeo (E.E.E.) que desean participar en él.

Este Comité se viene reuniendo desde el año 1988 y España es miembro del mismo desde el año 1988.

Los países con representación en el Comité de la U.E. actualmente son :

- Austria
- Bélgica
- Dinamarca
- Finlandia
- Francia
- Alemania
- España
- Grecia
- Irlanda
- Italia
- Luxemburgo
- Holanda
- Suecia
- Inglaterra
- Chipre

Como países observadores están :

- Noruega
- Suiza
- Estonia.

### LOS OBJETIVOS

Los objetivos de este Comité de Unión que se ha constituido en esta reunión para tener una mayor entidad y representación son actualmente :

1. Representar los intereses profesionales de las matronas de cada país y posibilidad de presentarlos

a la comisión y/o a otros organismos apropiados que se desee influenciar.

2. Reconociendo que el comité consultivo de la Unión Europea sobre la formación de matronas está limitado a dicha formación y a hacer propuestas a los distintos países sobre la misma es conveniente que exista una comunicación entre ambos comités para tener mayor fuerza a la hora de influir sobre las asociaciones y los gobiernos.

3. El Comité de enlace se esfuerza en participar en las actividades que son comunes al resto de profesionales de la salud de la Unión Europea.

### ADHESIÓN AL COMITÉ DE MATRONAS DE LA U.E.

1. Existen dos delegados de cada estado miembro de la U.E. (un titular y un suplente) designados por el país representado.

2. Las Asociaciones de matronas de los países de la U.E. tienen derecho a ser observadores en el comité y estarán representados por una matrona.

3. El Comité puede invitar a matronas cualificadas para participar en un aspecto concreto de su trabajo.

### VOTACIONES

1. Cada país de la Unión Europea miembro del Comité tiene un voto.

2. Las decisiones se toman por mayoría de dos tercios.

### TASAS Y FINANZAS

1. Cada país miembro debe pagar la cantidad fijada para estar suscrito al Comité.



2. Igualmente cada país debe asumir los costos de desplazamiento y estancia.

3. Las tasas de desplazamiento del intérprete son a cargo del comité.

La elección de Presidenta, Vicepresidenta, Secretaria y Tesorera, se hace por votación entre los miembros con voto del Comité de Unión de Matronas Europeas por mayoría absoluta.

## REUNIONES

1. Tendrán lugar con tanta frecuencia como sean necesario.

2. En cada reunión se decidirá la fecha de la siguiente reunión, pueden realizarse reuniones suplementarias a petición de la Presidenta o por demanda escrita de al menos tres miembros con derecho a voto.

3. Los idiomas que se hablarán durante la reunión serán inglés y francés.

## CONTENIDO DE LA REUNION DE ESTE AÑO

1. Aprobación del acta de la reunión anterior.
2. Informes de cada país sobre directivas de la C.E. y otros asuntos de interés.
3. Informe sobre la situación de los seguros de matrona en los distintos países de la U.E.
4. Informe del comité de consulta sobre la formación de matronas.
5. Conferencia de profesionales europeos de la salud.
6. Constitución de este Comité.
7. Organización mundial de la salud.
8. Temas de la Reunión del próximo año.

## INFORMES DE CADA PAIS

A continuación presentamos una síntesis de los informes que corresponden a los distintos países, coincidiendo los puntos tratados en muchos de ellos.

### 1. COORDINACIÓN ENTRE LAS MATRONAS DE CADA PAÍS.

Es preocupación común a todas las asociaciones de matronas de los distintos países miembros del comité de enlace de matronas de la U.E., el que las

matronas se agrupen dentro de cada país y aumentar el número de asociadas, siendo de máxima importancia el que la asociación de matronas represente el colectivo de matronas de un país, lo que le concederá fuerza y autoridad a la hora de negociar con el Ministerio de Sanidad y representación en los Comités europeos e internacionales de matronas.

La asociación de matronas suecas informa que coopera con la asociación de la Salud y con la asociación que se ocupa sobre todo de problemas sindicales, el sindicato ha querido tomar parte en las discusiones sobre temas profesionales. La asociación piensa que el fin principal de la misma es promover la búsqueda, los conocimientos y el desarrollo profesional de las matronas y que deben proteger este derecho. Este informe suscita debate entre todas las representantes de asociaciones de países miembros de la U.E. Existiendo países donde la asociación se ocupa solamente de aspectos profesionales y los aspectos sindicales los tratan por otra vía, en otros países la asociación se ocupa de ambos aspectos.

## 2. ASUNTOS PROFESIONALES.

### 2.1.

#### PAPEL DE LA MATRONA.

##### Dinamarca.

En otoño la asociación de matronas danesas ha elaborado un informe que describe el papel de la matrona, donde se plasma su experiencia profesional, haciendo referencia a distintos aspectos profesionales e incluyendo recomendaciones para la práctica de las matronas.

##### Finlandia

Ha elaborado dos documentos, uno sobre la descripción del trabajo de las matronas y otro sobre la política que le concierne.

##### Italia

Ha publicado una nueva edición del libro "la profesión de la matrona", el contenido concierne a los reglamentos y legislaciones nacional e internacional de la profesión de matrona.

##### Países Bajos

Con motivo de conmemorar los cien años de existencia de la primera organización de matronas



en su país han organizado un acto en el que han expuesto el tema "el trabajo de la matrona y su evolución a lo largo de este siglo".

### Suiza

Se ha creado un grupo de trabajo con el fin de elaborar un catálogo de prestaciones de las matronas.

## 2.2.

### **FUNCIONES DE MATRONAS QUE LOS DISTINTOS PAÍSES TRATAN CON LOS RESPONSABLES DE LA SANIDAD.**

### Austria

El control prenatal es llevado por ginecólogos, las embarazadas disponen de un carnet de embarazo que contiene recomendaciones, la matrona no está autorizada a hacer observaciones. Las matronas tratan de poder anotar las pruebas que realizan en dicho carnet.

### Bélgica

El Ministro de Sanidad ha organizado una mesa redonda para desarrollar un marco político global para el sector de enfermeras y matronas. Esto ha dado la posibilidad a las matronas de presentar un informe sobre su profesión que se ha discutido con el ministro y sus colaboradores. El ministro se ha comprometido a precisar las tareas exclusivas de las matronas con respecto a las enfermeras (sala de parto, embarazos de alto riesgo...)

### Finlandia

El "Centro Nacional de búsqueda y desarrollo para asegurar la Salud" (Stakes) ha formado un grupo de trabajo que propone un nuevo plan de vigilancia y despistaje durante el embarazo.

Este grupo ha presentado su primer informe en Enero de 1998, en este informe se sugiere que las clínicas de despistaje sean organizadas por matronas. La asociación de matronas piensa que la puesta en marcha de este proyecto será larga, aunque tiene muchas esperanzas en que se lleva a cabo. También se ha contactado con las autoridades finlandesas en relación al artículo 4 de la directiva europea 80/155/CEE, sobre las funciones de matrona en la vigilancia prenatal.

### Francia

A través de la asociación se ha hecho la propuesta de que las mujeres gestantes tengan al menos una visita con la matrona.

La posibilidad de crear centros de nacimiento llevados por matronas como los que ya existen en Noruega, parece haber iniciado su camino.

### Alemania

Las matronas contemplan el desarrollo de sus funciones en la vigilancia prenatal desde varias perspectivas, siendo uno de los problemas el que la mayoría de mujeres no sabe que la matrona puede vigilar el embarazo y dar consejos de salud sobre los problemas o dudas más frecuentes durante el embarazo. Desde la asociación de matronas se van a ofrecer talleres y conferencias con el fin de informar a las mujeres y a la población en general.

### Países Bajos

La asociación ha organizado una reunión especial para tratar el tema de los médicos generalistas que van a emprender actividades obstétricas, con el consiguiente riesgo para el trabajo de las matronas, entretanto mantienen una relación normal con los médicos generalistas, ya que piensan que crear animadversión no haría más que perjudicar.

Las matronas creen que cada grupo profesional tiene mucho que aportar y que se debería trabajar en equipo en los cuidados primarios

### Noruega

La organización del Servicio de Maternidad en Noruega es una salida fundamental para nuestra profesión.

La Oficina Nacional de la Salud ha publicado un informe con el título "las necesidades profesional de los Servicios de Maternidad".

El Parlamento ha decidido organizar una conferencia de consenso sobre los servicios de maternidad, en especial sobre el lugar donde las mujeres noruegas deben parir.

Otros temas son importantes para las matronas: el derecho a prescribir contraceptivos orales, el debate sobre la vigilancia en el postparto, duración de la hospitalización, utilización de hoteles maternidad, que es la última moda en la aplicación de principios económico-sanitarios.

El papel de la matrona en el ejercicio de atención primaria. La ley exige que se tenga una matrona por ciudad y distrito. Por ahora un 25% de distritos de una ciudad carecen de matrona y han pasado tres



años de la entrada en vigor de la legislación.

No obstante notamos un interés activo y positivo de las autoridades sanitarias por las matronas.

### Suecia

En Octubre de 1997, la asociación de matronas ha tenido una reunión para discutir el documento de la OMS "vigilancia del parto normal", la finalidad es iniciar una discusión entre las matronas suecas sobre como definirían el trabajo de parto normal.

La duración normal de la estancia de la madre y su hijo después del parto varía entre 6 horas y 3 días. No siempre es posible que la madre cuente con la visita de la matrona al volver a casa.

### Reino Unido

Hasta 1983, las matronas dependían de la oficina central de matronas, a partir de esta fecha las matronas están bajo el control del Consejo Central del Reino Unido que legisla a enfermeras, matronas y visitadoras, al estar en minoría las matronas sus problemas no han sido bien tratados.

A finales del año 1997 el Departamento de Salud ha hecho una revisión de la legislación de matronas, enfermeras y visitadoras, siendo encargado de ello una firma de consultores que se han reunido con los representantes de todas las organizaciones de matronas del Reino Unido buscando el consenso de todas las matronas. Esta reunión fue muy fructífera y se llegó a un principio de acuerdo, para crear una legislación para todas las matronas del Reino Unido en cuanto a la vigilancia de la maternidad.

En los últimos años se crea un proyecto común (Facultad de Medicina Salud Pública, médicos generalistas, obstetras, ginecólogos, matronas) dentro del programa cambiar el nacimiento se ha elaborado el "documento maternidad nacional". Antes cada maternidad y cada matrona liberal había desarrollado sus propios documentos.

La parte correspondiente al período prenatal esta publicada, de cada tema existen dos folletos informativos, uno dirigido a los profesionales y otro a las madres.

### 2.3.

## CONTROL DE CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE MATRONA

Son varios los países miembros que dentro de su informe se refieren a la búsqueda de métodos para evaluar la calidad de los cuidados de matrona, entre ellos, **Finlandia, Italia, Países Bajos y Suiza.**

El más desarrollado es el de los Países Bajos,

que ha puesto en marcha un Comité consultivo para guiar y facilitar el desarrollo de índices de calidad para los cuidados de matrona.

### 2.4.

## COORDINACIÓN Y CONSENSO ENTRE ASOCIACIONES DE MATRONAS Y ASOCIACIONES DE OBSTETRAS-GINECÓLOGOS.

Existe colaboración entre ambas asociaciones, con el fin principal de discutir problemas comunes a las dos disciplinas.

Informan de ello **Finlandia, Suecia, Noruega, Países Bajos y Reino Unido.**

### 2.5.

## ESTUDIOS DE FORMACIÓN DE MATRONA.

### Bélgica

Existen dos titulaciones, nivel de estudios superiores, no universitarios. Se busca la existencia de una sola titulación.

### Dinamarca

El Ministro de Sanidad sugiere una reforma de las instituciones de formación. La ventaja sería integrar la enseñanza en la universidad, la desventaja pérdida de independencia en los programas de formación.

### Finlandia

La formación está a nivel de escuela politécnica. Las matronas que enseñan y la directora deben ser licenciadas.

### Francia

No tiene nivel universitario, pero es un objetivo a conseguir.

### Grecia

No se imparte en la Universidad. Su objetivo es conseguir un departamento de matrona en la Universidad.

### Italia

La formación que reciben no está contenida en las directivas de la Unión europea, siendo necesario



el contacto del Ministro de Sanidad con el Comité Consultivo de la Unión Europea.

### Noruega

Formación de enfermera más dos años, el primer año didáctico y el segundo año clínico.

### Suecia

Se está haciendo revisión de los programas de estudio y quieren llegar a una licenciatura universitaria.

### Suiza

El contenido de sus nuevas directivas refleja la imagen moderna de la profesión

## 2.6.

### OFERTAS DE TRABAJO PARA LAS MATRONAS.

Se trata la disminución en las tasas de natalidad y el cierre de maternidades en varios países, aumentando el número de matronas en paro, y la necesidad de emigrar fuera de su país.

**Austria, Bélgica, Alemania, Italia, Suiza y Reino Unido** hacen diferencias entre las matronas asalariadas y las independientes, por ser más frecuente en sus países trabajar de forma liberal.

**Alemania** informa que en su país cada vez es más frecuente la privatización de las clínicas públicas, aumentando la inseguridad de las matronas, menos vacaciones y contratos de duración limitada.

### 3. INFORME DEL COMITÉ DE CONSULTA PARA LA FORMACIÓN DE MATRONAS.

Existe preocupación generalizada por el porvenir del comité de consulta para la formación de matronas, debido a que las reuniones cada vez son más espaciadas alegando problemas de espacio, se disminuye el número de miembros por motivos económicos y en ocasiones la asistencia de enfermeras a este comité en representación de matronas.

La mesa debate que ante el incierto devenir del comité consultivo es conveniente fortalecer y preparar el comité de unión de matronas europeas, ante la posibilidad de ser la representación única de matronas. Se vuelve a hacer hincapié en que es muy importante que las matronas presentes en el comité de unión representen a la totalidad de matronas de

un país o al menos a una mayoría para que este comité sea efectivo y eficaz.

### 4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

A nivel de la colaboración del comité con la OMS, se ha recibido en la última reunión una guía práctica sobre los cuidados en relación al parto normal editado por la Unidad Maternidad sin riesgo de la OMS, siendo éste un documento de trabajo muy válido para las asociaciones de matronas.

En 1996 la OMS ha tenido un foro europeo de asociaciones de enfermeras y matronas en Madrid, después de éste ha habido una reunión del grupo de dirección y últimamente otra reunión en Grecia para elegir tres grupos de trabajo.

En cuanto a la presencia de matronas solamente la confederación internacional de matronas fue invitada como observadora a la reunión de Madrid.

El Comité de Unión de matronas de la U.E. que agrupa, las asociaciones de matronas de casi toda la unión europea, no ha sido llamada para participar ni para dar una opinión, esta situación nos hace expresar nuestras dudas en lo que concierne a la eficacia de este grupo. En relación a este tema la presidenta de la asociación de matronas danesa ha enviado una carta dirigida al Dr. Asvall, sintiendo que la O.M.S. haya excluido las organizaciones independientes de matronas del foro europeo, informando de la existencia de organizaciones independientes y no representando las enfermeras a las matronas, solicitando que la OMS modifique su postura e invite a las organizaciones independientes de matronas, si el foro europeo no comprende más que organizaciones de enfermeras, la utilidad de un foro enfermera-matrona será nulo.

## CONCLUSIONES

Es necesario:

1. Que las matronas tomemos conciencia de la necesidad de estar asociadas.

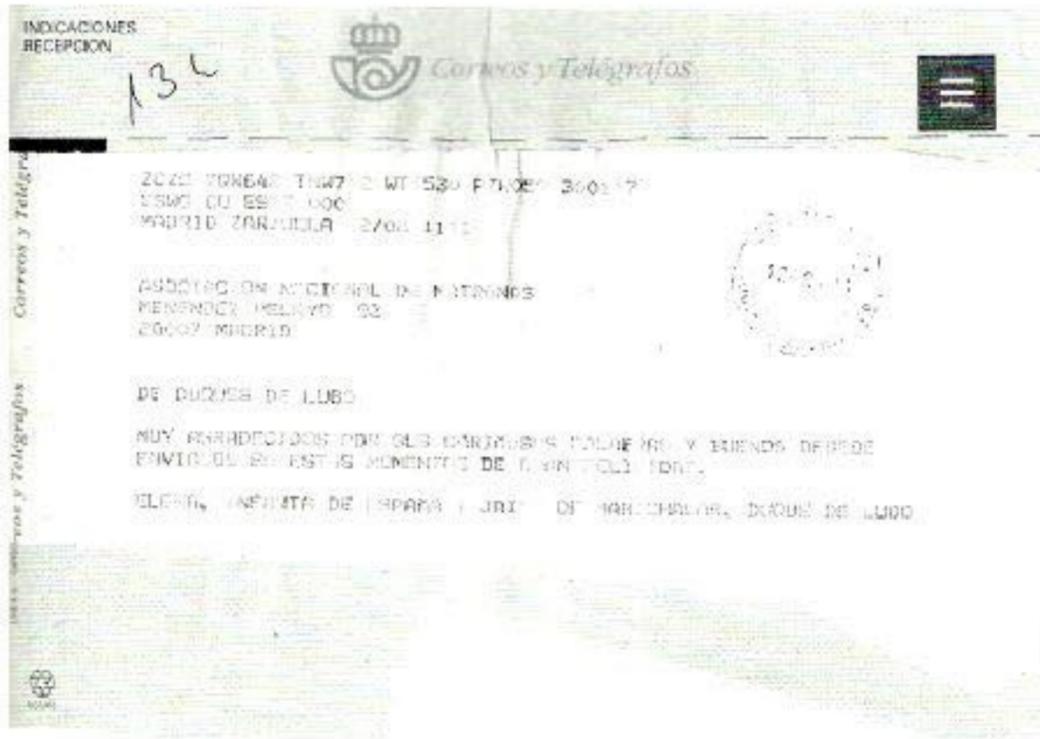
2. La Unión de asociaciones de las distintas comunidades autónomas.

3. Tener una reunión con la asistencia del mayor número de matronas y de representantes de las asociaciones de matronas de las distintas comunidades y la nacional, donde se exponga, debata y elija la mejor forma de unión y representación para todas.

4. Asambleas generales para debatir las líneas generales de actuación en los temas de más urgencia para el colectivo de matronas.



# LA ASOCIACIÓN INFORMA



En respuesta a la felicitación que enviamos a S. A. R. la Infanta Doña Elena y el Excmo. Señor Don Jaime de Marichalar, Duques de Lugo, hemos recibido su agradecimiento que como expresan en la carta que publicamos a continuación, quieren que lo transmitamos a todos los miembros de esta Asociación.



CASA DE S. M. EL REY  
LA SECRETARIA DE S. A. R. LAS  
INFANTAS DOÑA ELENA Y DOÑA CRISTINA

Palacio de la Zarzuela  
MADRID, 1 de septiembre de 1.998

Señora Doña  
MARIA DE LOS ANGELES RODRIGUEZ ROZALÉN  
Presidenta  
Asociación Española de Matronas  
Avda. Menéndez Pelayo, 93  
28007 MADRID

Mi querida amiga:

S.A.R. la Infanta Doña Elena y el Excmo. Señor Don Jaime de Marichalar, Duques de Lugo, han recibido el regalo que ha tenido la gentileza de enviar con motivo del nacimiento de su hijo, y me encargan le haga llegar su agradecimiento más sincero por esta muestra de afecto.

Los Duques de Lugo me piden asimismo le envíe su saludo más afectuoso, con el ruego de que lo transmita, junto con su agradecimiento, a los miembros de esa Asociación.

Cordialmente le saluda,

*A.F. de Cordova*

ANUNCIADA FERNANDEZ DE CORDOVA

