Cu 3902-7

CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS

(ESTOCOLMO 23-28 DE JUNIO DE 1957)

AÑO XXII JULIO - OCTUBRE 1959 Núms. 257 a 260

Publicaciones «AL SERVICIO DEL NIÑO ESPAÑOL» editadas por los Servicios de Protección Maternal e Infantil. MINISTERIO DE LA GOBERNACION Dirección General de Sanidad. - Madrid.

R 258064

BIBLIOTECA NACIONAL

CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS

(ESTOCOLMO 23-28 DE JUNIO DE 1957)

AÑO XXII JULIO - OCTUBRE 1959 Núms. 257 a 260

Publicaciones «AL SERVICIO DEL NIÑO ESPAÑOL» editadas por los Servicios de Protección Maternal e Infantil. MINISTERIO DE LA GOBERNACION Dirección General de Sanidad. - Madrid.

COMITÉ DE REDACCION:

Dr. D. Juan BOSCH-MARIN (Director)
Dr. D. Manuel BLANCO-OTERO
Dr. D. Francisco CAÑELLAS
D. Enrique BRAVO (Administrador)

Depósito legal
M. Sep. 73.—1958

SUMARIO

Páginas

Confederación Internacional de Matronas. Miembros de la Junta, Comité Ejecutivo y países representados 5
Discurso de bienvenida, por la Srta. Ellen Frup 9
Alocución de apertura, por el Dr. Arthur Engel 11
Discurso de inauguración: Papel de las Matronas en lo que concierne a los cuidados relativos de la Maternidad, por el profesor J. H. de Haas 15
Cuidados relativos a la Maternidad en el cuadro de los Servicios de Higiene Pública, por la Srta. Hattic Hemschameyer 28
Formación de Matronas Instructoras desde el punto de vista de los proyectos de la Organización Mundial de la Salud, por la señorita Millicent Fensom 40
Aspectos psicológicos del embarazo, por la Dra. Elizabeth Tylden. 51
Problemas psíquicos que surgen por el embarazo o problemas de psiquiatría en relación con él, por el Dr. Gunnar Af. Geijerstam. 64
Estimulación y organización en la lactancia, por Mrs. Fuku Yokoyama 75
Equipo encargado de los cuidados relativos a la Maternidad, por Mrs. Rigmor Ingmann 81
Las matronas y su instrucción postescolar, por Mad. Nargareta Aukio 89
Ejercicios prenatales y post-natales, por el Dr. S. Karlsson 99
La ventosa, por el Dr. I. Malmstrom 104
Las matronas en el mundo del mañana; su formación, actividades profesionales y sociales, por Mad. Marthe Jay 109
Desarrollo de los Lactariums, por el Dr. A. Rossier 121
Cuidados a prestar a los recién nacidos 127
Sesión final 139
Alocución de la Presidenta saliente 144
Alocución de la nueva Presidenta 147

CONFEDERACION INTERNACIONAL DE MATRONAS

1957 - 1960

Miembros de la Junta, Comité Ejecutivo y países representados para los años de 1957-1960

Presidente: Srta. ELLEN ERUP.

Presidente de honor: Srta. N. B. DEANE C. B. E.

Vicepresidentes:

D.ª M. JAY.

D.ª M. V. LUZZI.

Tesorera: Srta. M. WILLIAMS.

Secretarias de Sesiones:

Srta. C KNOTT (Inglesa).

Sra. POUVREAU (Francesa).

Srta. J. SAMANIEGO (Española).

Comité Ejecutivo:

Sra. M. GERARD (Bélgica).
Srta. MARTA OLIVOS (Chile).
Sra. RIGMOR INGMANN (Dinamarca).
Sra. K. HARTMANN (Alemania).
Srta. A. WOOD (Gran Bretaña).
Srta. RULKENS (Holanda).
Sra. COMINELLI (Italia).
Sra. ALAMI-THAMI (Murruecos).
Sra. R. K. REASOK (Noruega).
Sra. M. GARCÍA MARTÍN (España).
Srta. LISA SVENSSON (Suecia).
Srta. H. PAILLARD (Suiza).

Secretaria General

Srta. MARJORIE BAYES, Real Colegio de Matronas, 15 Mansfield Street Londres W. 1.

CONFEDERACION INTERNACIONAL DE MATRONAS

1954 - 1957

Congreso Internacional de Estocolmo del 23 al 28 de junio de 1957

Presidente: Srta. N. B. DEANE, C. B. E.

Presidente de honor: Sra. M. JAY.

Vicepresidentes:

Srta. ELLEN ERUP. Sra. M. V. LUZZI.

Tesorera: Srta. M. ZWIERS.

Secretarias de Sesiones:

Srta. C. KNOTT (Inglesa). Srta. J. SAMANIEGO (Española).
Sra. ROGE-CACCUITTOLA (Francesa).

Comité Ejecutivo:

Sra. LEON (Argel).
Sra. M. GERARD (Bélgica).
Sra. INGMANN (Dinamarca).
Srta. M. AUKIO (Finlandia).
Sra. POUVREAU (Francia).
Sra. K. HARTMANN (Alemania).
Srta. RULKENS (Holanda).
Sra. COMINELLI (Italia).
Sra. R. K. REASOK (Noruega).
Sra. M. GARCÍA MARTÍN (España).
Srta. M. WALLMANN (Suecia).
Srta. A. WOOD (Gran Bretaña).

Presidente del Congreso:

Srta. ELLEN ERUP.

Comité del Congreso:

Director General ARTHUR ENGEL.
Profesor HERBERT SWANBERG.
Docent AKE KJESSLER.
Srta. ELLEN ERUP.
Srta. SIGRID SKOLD.
Srta. ASTRID ANDERSON.
Srta. SIGRID SVENSSON.
Dr. en Derecho A. KRISTENSSON

Comité científico:

Dr. CLARENCE MALMNAS.
Dr. BORIS BELONOSCHKIN.
Srta. DAGMAR ERICSSON.
Sta. LISA SVENSSON.

Comité encargado de los ratos de asueto:

Sra. MARTA RUDLING.
Srta. RUT OLSSON.
Srta. BRITA BROMS.

Comité de recepción:

Srta. RAGNHILD JONSSON.
Srta. BRITA NYGARDS.
Srta. ELISABET SODERBERG.

Secretaría general:

Srta. MARJORIE BAYES, Real Colegio de Matronas, 15 Mansfield Street Londres W. 1.

(24 de junio. Mañana)

DISCURSO DE BIENVENIDA

Señorita ELLEN ERUP:

La Presidenta de la Asociación de Matronas Suecas, y asimismo del Congreso, abrió la Sesión en presencia de Su Alteza Real la Princesa Sibylle de Suecia, que patrocina dicha Asociación.

Alteza Real, señoras y caballeros: Con gran placer, la Asociación de Matronas Suecas ha aceptado el ser huésped del II Congreso Internacional de la Confederación Internacional de Matronas, cosa que consideramos como un honor para nuestro país y para nuestras Matronas.

Damos una bienvenida cordial a todos aquellos que, de cerca o de lejos, han venido a tomar parte en este Congreso, recibiéndolos gustosamente en nuestro país y su capital y esperando no decepcionarles.

Es un gran honor para la Asociación de Matronas Suecas el que Su Majestad la Reina de Suecia haya aceptado patrocinar el Congreso, e igualmente es para nosotros un gran honor y un gran placer el que Su Alteza Real la Duquesa de Vasterbotten, que desde 1941 patrocina la Asociación de Matronas Suecas, haya tenido la amabilidad de honrar con su presencia la ceremonia de apertura. Le damos una calurosa bienvenida.

Igualmente se la doy a la Presidenta de la Confederación Internacional de Matronas, miss Nora Deane; a la Presidenta de honor, madame Marthe Jay; a la Vicepresidenta, signora Via Luzzi, y al representante de la Organización Mundial de la Salud, Profesor De Haas, que hoy va a pronunciar el discurso inaugural; a los Embajadores y Ministros de numerosos países

extranjeros, al representante del Gobierno sueco, al Director del Consejo de Sanidad sueca, Doctor Arthur Engel, al señor Kyling, representante del Ayuntamiento de Estocolmo, y a todos los invitados presentes en esta memorable ceremonia.

La Asociación de Matronas Suecas es la asociación femenina profesional más antigua de Suecia, siendo su objeto el desarrollo de la aptitud profesional de las Matronas y la vigilancia de los intereses sociales y financieros de sus miembros. Se constituyó en 1886 y desde entonces ha desplegado toda su actividad en el logro de dichos fines.

El órgano científico y oficial de la Asociación es el "Jordemodern", que ha cumplido ahora sus cincuenta años y que es una de las revistas profesionales más antiguas de Suecia. Desde hace mucho tiempo, la Asociación de Matronas Suecas demuestra un gran interés por el desarrollo de la profesión de Matrona y por la organización de los servicios de obstetricia. Ha prestado siempre un gran interés a los trabajos internacionales y ya en el año 1900 estuvo representada en la Primera Asamblea Internacional de Matronas, que se celebró en Berlín.

Nuestra Confederación Internacional tiene por objetivo principal el mejoramiento de nuestra aptitud profesional gracias a conocimientos más extensos que, en nuestro trabajo cotidiano, deberán hacernos más aptas aún para el cuidado de las mujeres embarazadas y de las madres de los recién nacidos, e igualmente para que nos demos cuenta de los puntos de vista sociales y morales.

Esperamos que todos los que participan en este Congreso podrán obtener fruto de él, pudiéndose ver en el programa que les hemos entregado que vamos a tener una serie de eminentes conferenciantes que ilustrarán los diversos aspectos del tema del Congreso: "Papel de las Matronas en lo que se refiere a los cuidados relativos de la maternidad."

Nos hemos esforzado igualmente en proporcionar a las delegadas, fuera de las horas del programa de trabajo, el que puedan asistir a reuniones agradables, y nos alegramos ante el pensamiento de que las excursiones al Norte de Suecia, para ver el sol de medianoche, y a otras regiones muy agradables de visitar en verano, han atraído a numerosos participantes. Esperamos que todos ellos quieran volver a venir a este país.

ALOCUCION DE APERTURA

Doctor ARTHUR ENGEL, Director General del Consejo de Sanidad Sueca:

Alteza Real, señora Presidenta de la Confederación Internacional de Matronas, señoras y caballeros:

En nombre de las Autoridades de la Higiene Sueca, tengo el gran placer de dar muy cordialmente la bienvenida a Suecia a todos los participantes del II Congreso de la Confederación Internacional de Matronas, agradeciendo en extremo el que hayáis elegido a nuestro país para celebrar este II Congreso y esperando que los suecos tengan éxito en su sincero deseo de hacer que vuestra estancia aquí sea muy atrayente y agradable.

En el terreno de la obstetricia, ciencia que es tan vieja como el mundo, han acaecido muchas cosas durante las últimas décadas. La mortalidad entre las madres jóvenes y entre los recién nacidos ha disminuído en casi todos los países, alcanzando en Suecia un record mínimo.

Esto, no sólo se debe al mejoramiento del nivel de vida, sino también a los esfuerzos del Gobierno y a la contribución de los Médicos y Matronas.

En relación con este país, quisiera mencionar, como particularmente importantes, los servicios especializados de obstetricia y ginecología, que están muy bien desarrollados en sus provincias; en toda Suecia funcionan centros de protección maternal e infantil. La instrucción y formación de las matronas se basa hoy en los estudios de Enfermera. El número de camas disponibles para las mujeres que van a dar a luz es suficiente para recibir prácticamente a todas las madres. Menos del 12 por 100 de los partos se efectúan en los propios domicilios. Así pues, todos los recursos de la higiene en este terreno particular pueden ser considerados como satisfactorios.

Los hospitales y servicios de higiene deben mantenerse en

todo tiempo a la altura del progreso por el impulso del avance de la ciencia médica.

El ideal sería que toda mujer, durante y después del embarazo, disfrutara de mejores condiciones de salud física y psíquica, dando a luz a su hijo con el menor dolor posible y sin ningún miedo; de esta forma estaría protegida contra todo riesgo de infección y accidente, siendo capaz de soportar el "shock" del parto, desarrollándose y viviendo el recién nacido en relación perfecta con su madre.

Pero aún no hemos llegado a esto.

Es indiscutible que se mejoran las condiciones de los diferentes procesos biológicos y bio-sociales que acabo de citar, gracias a los medios de que se dispone ya; pero, en el futuro, espero y estoy seguro de que tendremos a nuestra disposición servicios más perfeccionados aún.

Tratamos de extender los cuidados prenatales, gracias a tratamientos más remuneradores, y a practicar una preparación física y psíquica para el parto con los ejercicios prenatales que existen ya. En muchos ambientes, la estancia en las maternidades es ahora demasiado corta, pero dicha estancia se podría prolongar por la instalación de un número mucho mayor de camas. En particular, se debería enseñar los deberes maternales, durante su estancia en el hospital, a las mujeres que van a tener su primer hijo.

Para crear desde el principio una atmósfera favorable a la madre y un estrecho contacto entre ésta y el niño, se deberían tomar toda clase de medidas físicas, psicológicas y sociales. Se dice que estas relaciones psicológicas sufren con la hospitalización, pero, por el contrario, se estimulan con el parto en el domicilio. La cooperación en el seno del personal de las maternidades es muy importante en los servicios prenatales y postnatales citados anteriormente.

Dejando a un lado algunas excepciones inevitables, debemos ofrecer a toda mujer la posibilidad de dar a luz en el hospital. En él hay mayor probabilidad de que el parto y el período puerperal sigan su curso con el mínimo de riesgo para la salud.

Cuanto más perfeccionado esté el hospital, la posibilidad de riesgo es menor. En estos hospitales, provistos de servicios especiales de obstetricia y ginecología, que cooperan de una manera eficaz con los de pediatría y otros especializados, es en donde se han obtenido los mejores resultados para las madres

y los niños. Por consiguiente, en el futuro, la mayor parte de los partos tendrá lugar en dichos hospitales.

En este país tenemos, además, salas de maternidad en establecimientos pequeños, tales como los hospitales de ciudades pequeñas, bajo el control de Médicos regionales especializados.

No obstante, según mi criterio, las mujeres que deseen a toda costa que su hijo nazca en su casa, deberían poder disfrutar de las mismas ventajas.

Con seguridad podemos esperar un progreso científico en terrenos tales como la endocrinología y la bioquímica que nos permita ejercer un determinado control sobre la concepción futura, el mecanismo del parto y la lactancia, y que nos proporcione asimismo métodos perfectos para llevar a cabo el parto sin dolor y evitar infecciones y hemorragias. Hay que hacer constar que la regresión de la mortalidad infantil durante la primera semana, se limita prácticamente al último día de la misma, no cambiando las cifras de los primeros días.

Sin duda, la razón de ello se debe a que, durante los primeros días, la muerte se produce generalmente por defectos anatómicos o por errores innatos del metabolismo que, hasta ahora, es imposible influenciarlo fuertemente. El estudio de estas cuestiones es francamente importante y con este fin, ahora que se conoce la importancia de la toxoplasmosis, tenemos algunas luces para guiar nuestras investigaciones sobre esta materia.

Existen igualmente numerosos problemas médico-sociales, que influencian el trabajo de los Médicos que se dedican a la obstetricia y de las Matronas, que deberían ser resueltos en el futuro. Basta citar la cuestión del aborto, los problemas de la vida conyugal, la higiene sexual en general, la limitación de la natalidad y la esterilidad.

He tratado de dar una idea sobre la obstetricia y la protección maternal e infantil, especialmente en relación con el trabajo de las Matronas.

Sé que nuestras funciones exigirán probablemente un número cada vez mayor de escalones diferentes. Habrá la Matrona de hospital, muy experta en obstetricia; la Matrona enfermera que practique los cuidados relativos a la maternidad en el cuadro de la higiene pública, etc., etc. Debe existir estrecha colaboración entre las Matronas, Médicos y Enfermeras de los servicios de pediatría y protección a la infancia, siendo

esenciales los especialistas de psiquiatría y asistencia social, que deben ser estimulados.

La madre y el recién nacido forman una sola parte de la familia. En una sociedad de natalidad muy débil, como es el caso de Suecia hoy día, los problemas de natalidad y orientación de la familia se deberían discutir más seriamente que en la actualidad. En los países superpoblados, pero no desarrollados del mundo, puede ser que haya que abordar estos problemas de una manera completamente diferente e incluso opuesta; pero independientemente de la estructura social y del nivel económico, el objetivo final está siempre allí, vital, humano, eterno: la familia feliz, organización base de la sociedad.

Con estas pocas palabras, señora Presidenta, queridas congresistas, os deseo un éxito pleno en vuestras deliberaciones durante el Congreso, y para los días venideros buena suerte para llevar a cabo vuestras funciones en beneficio de las madres y niños del mundo entero.

Y declaro abierto el II Congreso de la Confederación Internacional de Matronas.

* * *

El tema del Congreso es el papel de las Matronas en lo que concierne a los cuidados relativos de la maternidad. La conferencia inaugural de dicho tema se dará por el Profesor De Haas.

El Profesor De Haas es Jefe de la Sección de Protección Maternal e Infantil del Servicio Nacional de Higiene de La Haya. Es igualmente Jefe del Servicio de Higiene del Instituto Neerlandés de Medicina Preventiva de Leyde.

Felicito al Secretariado del Congreso por haber persuadido al Profesor De Haas para que pronuncie la conferencia de inauguración. Es una personalidad eminente en el campo que vamos a discutir y, a mi entender, no podriais encontrar mejor Médico ni sabio para presentar el tema tan importante que habéis elegido para vuestro Congreso.

Con estas breves palabras me gustaría concederle la palabra, señor Profesor De Haas.

DISCURSO DE INAUGURACION

Profesor J. H. DE HAAS, Jefe de la Sección de Protección Maternal e Infantildel Servicio Nacional de Higiene de La Haya y Jefe del Servicio de Higiene del Instituto Neerlandés de Medicina Preventiva de Leyde, Holanda:

PAPEL DE LAS MATRONAS EN LO QUE CONCIERNE A LOS CUIDADOS RELATIVOS DE LA MATERNIDAD

Es para mí un gran honor el que se me conceda el privilegio de pronunciar el discurso de inauguración en el Congreso Internacional de Matronas. Y este honor es mayor aún por tres razones fundamentales. Porque ha sido concedido a un hombre por mujeres, porque ha sido concedido no a un especialista en obstetricia, sino en padiatría social y, finalmente, porque ha sido concedido por Matronas que se llaman en numerosas lenguas "sages-femmes", término que significa en realidad "estar con una mujer".

Se puede decir que la expresión "sage-femme" (Matrona), es un pleonasmo, pues una mujer es siempre sabia si se compara a un hombre. El estudio básico del desarrollo de la infancia y más particularmente de la adolescencia, muestra que las jóvenes se hacen mujeres más pronto que los muchachos hombres.

La presunción de los hombres no impide que las mujeres mantengan este avance durante toda la vida.

Esto es tanto más cierto en vuestra profesión de Matrona llamada así porque, según la historia y la tradición, ayudabais a las mujeres en las horas más angustiosas de su vida, es decir en el momento de dar a luz un niño. Y, verdaderamente, hay que ser sabia, en el sentido más profundo de la palabra, para

experimentando constantemente el temor de ver morir a su enferma, bien durante el parto o después de él.

Hace un siglo, comparando las cifras de mortalidad de madres jóvenes en el servicio de obstetricia de Viena, en donde los estudiantes de Medicina asistían a partos y en el servicio vecino de maternidad, en donde se instruía a las Matronas, Semmelweis casi llegó a la conclusión de que los estudiantes de Medicina y los Doctores que hacían las autopsias contaminaban a las mujeres.

La simple pero ingeniosa medida que consistía en lavarse las manos con cloro —revolución en el ejercicio de la obstetricia— hizo bajar la tasa de mortalidad de madres jóvenes de 8,3 a 2,3 por 100, que era la cifra media de mortalidad de las parturientas en esta época.

Esta media de 1850, no obstante, era 40 ó 50 veces más elevada que la media actual de 5 por 1.000 en los países mejor desarrollados económicamente. Hoy, en varias regiones del mundo, desprovistas de servicios de obstetricia, hay aún una mortalidad de parturientas de 10 a 15 por 1.000. En cierto modo, el descenso de la mortalidad de madres jóvenes va a la par con el de la mortalidad perinatal; es decir, el conjunto de nacimientos de niños muertos y de fallecidos en la primera semana de vida.

El papel por excelencia de las Matronas es el de vigilar los embarazos normales y los partos que se dicen normales. ¿Pero qué era y qué es un parto normal? ¿Puede ser normal un parto si la mujer no está sana? ¿Un parto prematuro, es un parto normal? ¿Es normal un parto de gemelos? ¿Un parto en el que el niño nace muerto es normal?

La noción de "normal" cambia según el tiempo y el lugar. En lugar de apegarse a una definición teórica, parece preferible decir que un parto es normal mientras que no haya amenaza de muerte para la madre o el hijo, ni ninguna necesidad de intervención particular. Los cuidados de orden técnico que se prestan a las mujeres embarazadas, los partos sin peligro, los cuidados a las mujeres que acaban de dar a luz y los que se prestan a los niños de pecho, son el tipo clásico de los cuidados relativos a la maternidad dados por las Matronas.

Este papel ha adquirido cada vez mayor extensión en lo que concierne al punto de vista fisiológico y no al patológico del alumbramiento.

Las Matronas modernas no se glorifican por sus actuaciones

técnicas, sino que se esfuerzan en evitar las distocias, las complicaciones e incluso las molestias de menor importancia. Su cooperación con los Médicos, con los hospitales y servicios médico-sociales, es el mejor medio de asegurar un parto normal. Los cuidados relativos a la maternidad no son un fin por sí mismos, sino que se hacen parte integrante de los médico-sociales prestados por los servicios de la sanidad pública.

Los cuidados relativos a la maternidad comienzan por los de los adolescentes, que son los padres de mañana.

Las Matronas pueden hacer mucho en el mejoramiento de la condición de los adolescentes de más edad, que forman el grupo más descuidado por la organización de la salud pública. Las jóvenes de dieciséis años y más, tienen necesidad de tratamientos que entran dentro del cuadro de cuidados relativos a la maternidad para llegar a ser buenas madres y buenas amas de casa en un futuro próximo. ¿Quién mejor que las Matronas pueden practicar estos tratamientos, cuando ellas algunos años más tarde ayudarán a estas mismas jóvenes cuando den a luz su primer hijo?

Las Matronas pueden hacer comprender a la gente joven que serán los padres de mañana, la responsabilidad que cae sobre los hombros de un padre. La instrucción de los adolescentes en los problemas de higiene —que no es la misma cosa que las vagas discusiones sobre los llamados problemas de la pubertad— forma verdaderamente parte de los cuidados prenatales, deslizándose de una manera imperceptible en los cuidados prenatales realmente prácticos.

Probablemente, Holanda no es el único país en donde más de un tercio de primíparas dan a luz un hijo a los cinco o seis meses de matrimonio.

Los cuidados prenatales, no son los precursores de los que rodean el nacimiento, pero en el sentido más amplio de la palabra, han obtenido el lugar central en los relativos a la maternidad. Tras un comienzo modesto con el control regular de las orinas y el desarrollo de un sistema metódico de cuidados prenatales, la última década ha dado una posición clave a dichos cuidados. Es mejor prevenir que curar, es la regla de oro de la medicina moderna e incluso esta misma regla se ha hecho poco a poco fundamental hoy día en los cuidados relativos a la maternidad. Las Matronas trabajan ahora en el cuadro de la salud pública a pesar de su instrucción fundamentalmente clínica en el pasado y puede que aún en el presente.

Antes de que tuviera lugar el pasar de concentrar los cuidados en el momento del nacimiento en vez de preocuparse de los cuidados prenatales, la obstetricia había atravesado sin darse cuenta por su segunda revolución.

La primera revolución —que consistía en lavarse las manos antes de tocar los órganos de las mujeres— se llevó a cabo por Semmelweis.

La segunda —medidas preventivas sistemáticas contra el raquitismo tras el aislamiento de la Vitamina D— tiene un origen bioquímico y se ejercitó en pediatría social.

La obstetricia en los países occidentales sufrió una revolución desde 1920 por la prescripción de preparaciones de gotas de Vitamina D en los centros de protección infantil. Era la continuación de los resultados obtenidos por el uso empírico del aceite de hígado de bacalao. La Vitamina D, dada a los lactantes y a los niños pequeños, impide el desarrollo del raquitismo del bacinete con sus consecuencias trágicas para la madre y el hijo durante el embarazo.

Los países tropicales no se aprovechan tanto de la profilaxis de la Vitamina D porque las radiaciones ultravioleta del sol impiden el raquitismo sin necesidad de ninguna medida particular. Las experiencias antirraquíticas hechas con ayuda de la naturaleza y artificialmente son impresionantes. Por un lado nada de raquitismo serio —fuera de algunas excepciones— en las regiones tropicales, por otro ningún caso de raquitismo grave en las regiones más frías.

La ausencia de raquitismo del bacinete, no ha impedido que la obstetricia provoque tantas tragedias en los trópicos como en Europa antes de la práctica de la asepsia, pero por razones diferentes.

Las regiones tropicales, desprovistas de matronas formadas, tienen una elevada mortalidad de madres jóvenes y extremadamente elevada a consecuencia de presentaciones anormales y complicaciones obstétricas sin tratamiento posible. Las hemorragias, tan frecuentes en las madres anémicas y mal alimentadas, aumentan considerablemente la tasa trágica de la mortalidad de las parturientas.

Las Matronas, cuando llegan, desde el punto de vista médico, al suelo virgen de los trópicos, son salvadoras para las madres y los niños, cosa que es su vocación clásica —pues reducen por medio de medidas enérgicas la mortalidad maternal e infantil, aunque por otra parte sean impotentes ante las calamidades sociales, económicas e higiénicas que arruinan a la población, y especialmente a las mujeres embarazadas. Ninguna medida hará más que el mejoramiento de la alimentación, y sobre todo del consumo de proteínas.

Los problemas de alimentación van paralelos con la higiene en general y con los cuidados relativos a la maternidad en particular, lo mismo en los países que disfrutan de una técnica bien desarrollada que en los que no, pero sobre otro plan; el mejoramiento de una alimentación razonable pero lejos de ser excelente, por una parte y la lucha contra una alimentación defectuosa en extremo, por otra.

En los dos casos las matronas tienen un papel de los más importantes que se puedan pensar. Hoy, la alimentación es una de las ramas principales de los cuidados relativos a la maternidad, no principalmente en el sentido limitado de régimen especial, sino sobre todo en el de mejoramiento general de las condiciones de alimentación.

Las Matronas deben y quieren ser capaces de representar un papel, tanto como los miembros del personal de la higiene pública. Pero hoy día los cuidados relativos a la maternidad no descuidan los principios clásicos de los cuidados prenatales. El control periódico del peso, tensión arterial y orina, sigue siendo un trío tan importante como en cualquier momento lo haya sido, sin hablar de la rutina de los procedimientos obstétricos.

Hoy día, los cuidados prenatales, eje de los cuidados relativos a la maternidad, no tienen ya como objeto principal el fin negativo de proteger la salud de las mujeres embarazadas, sino que tienden cada vez más a estimular el buen estado de salud en las madres y los niños. Luchar contra la muerte o la enfermedad es una ocupación negativa, mientras que estimular el buen estado de salud es una tarea positiva. Devolver o conservar en una mujer embarazada un estado de salud lo mejor posible, incumbe a la vez al Médico y a la Matrona: el trabajo del primero se suma al de la segunda. Exámenes médicos generales y repetidos, y si fuera preciso cuidados médicos particulares, he aquí el terreno del Doctor. Las Matronas prestan tanta atención a las dimensiones del bacinete como al resultado de los exámenes serológicos de sangre, que forman parte integrante de los cuidados prenatales. Es indispensable el determinar con mucha frecuencia el contenido de hemoglobina.

Sería seguir la política del avestruz ocultar que entre las Matronas y los Médicos puede existir una cierta rivalidad en

vez de la cooperación fructífera. Si surge tal antagonismo, el observador neutro puede exigir a la Matrona que sea Matrona no sólo de nombre, sino de hecho.

Desde hace diez o veinte años se han acentuado los cuidados prenatales, por considerarse como la parte más importante de los cuidados relativos a la maternidad. Consciente o inconscientemente, las Matronas enseñan los principios de higiene no sólo a las mujeres embarazadas, sino también a toda la familia. Enseñan a las madres los principios de una buena alimentación —una de sus tareas principales— y de la higiene en general durante el embarazo; les dicen que deben evitar las enfermedades infecciosas, que no duerman más tiempo del que tienen por costumbre, que se abstengan de alcohol y tabaco, que hagan ejercicios prenatales, etc.

Pero su principal tarea educativa consiste en enseñar a las madres la fisiología del embarazo y el mecanismo del alumbramiento y en darles una ligera noción del desarrollo del niño en el útero y de las deformaciones de su cuerpo para explicar los dolores durante el trabajo, y preparar así a las madres para la profesión más importante del mundo: la maternidad. Al enseñar a las madres jóvenes los principios higiénicos, ejercen también una gran influencia en el resto de la familia, toda vez que la madre es la persona más importante de la misma.

La concepción moderna de los cuidados prenatales, en su sentido más amplio, no se limita simplemente a la obstetricia, sino que está absorbida por la organización de la protección maternal e infantil que por sí misma forma parte de los servicios de la salud pública.

Con este motivo, hace mucho tiempo que experimento el deseo de hacer constar que la joven Matrona indonesia, con la que he tenido el privilegio de colaborar en las Altas Tierras de Karo, en la costa oriental de Sumatra, hace treinta años, comprendía y practicaba los principios modernos de protección maternal e infantil en su país natal. Gracias a los cuidados prenatales se garantizaba la continuidad de la organización de la protección maternal e infantil; los cuidados de los recién nacidos que constituye la rama más antigua y que va seguida del cuidado a los niños que no van aún a la escuela, pasando inmediatamente a los servicios de higiene escolar que tienen una estrecha relación con los cuidados a los adolescentes. No hay una línea de separación entre los cuidados a los adolescentes y los cuidados prenatales, y menos aún entre éstos, los cuidados en el momento del alumbramiento y los cuidados a los recién nacidos.

En esta cadena de la organización de la protección maternal e infantil, el sector de los cuidados a los adolescentes es el punto más débil. Este terreno, que no pertenece a nadie, debería ser ocupado en parte por las Matronas, haciendo entrar ciertos aspectos de dichos cuidados en el cuadro de los cuidados a la maternidad.

Aunque las Matronas hayan llegado a ser miembros de la organización de la protección maternal e infantil y que ocupen incluso una posición clave allí en donde esta organización no está aún claramente diferenciada, no ha cambiado su trabajo clásico en lo que concierne a la obstetricia.

Siguen siendo Matronas; es decir, las que están con la mujer en el trabajo del parto, aunque no ocupen siempre la posición de independencia que tenían en el pasado y que tienen aún en ciertos países.

Antiguamente, casi todos los partos se efectuaban en el domicilio, pero incluso hace dos siglos, los partos en el hospital estaban lejos de ser excepcionales en las grandes ciudades europeas. Poco a poco, el número de partos en el hospital ha aumentado, no simplemente a causa de una mejor selección de los casos patológicos, sino también por razones médico-sociales. En gran número de países, las maternidades han adquirido una popularidad cada vez mayor. La tendencia a la hospitalización se ha acrecentado en el transcurso de nuestro siglo y, sobre todo, después de la segunda guerra mundial.

El papel de las Matronas en el hospital, en lo que concierne a los cuidados relativos a la maternidad, es completamente diferente del que desempeñan en el seno de la familia.

En la casa, son responsables de la madre y del niño antes y después del parto. Tienen una autoridad que no ofrece lugar a dudas y, por consiguiente, son responsables ante los servicios administrativos de la salud pública. Si surgen anormalidades para la madre o el niño, en el sentido relativo de la palabra, piden ayuda al Médico. En los casos llamados normales, vigilan a la madre y al hijo. Uno se podría preguntar si su cultura en puericultura —fisiología y patología del recién nacido— era y es de nivel suficientemente elevado para permitirles asumir la responsabilidad de vigilar al bebé en este período de su vida en el que los riesgos de mortalidad son más elevados. Esto no es menos cierto en el caso de complicaciones que no son mortales.

Esta cuestión adquiere tanto mayor importancia cuanto que la mortalidad de madres jóvenes ya no es un problema general de los países mejor desarrollados económicamente.

Durante este tiempo, la mortalidad, es decir el conjunto de nacimientos de niños muertos y de fallecimientos en la primera semana de vida, ha disminuído lentamente, mientras que la mortalidad infantil tras la primera semana o el primer mes de vida, ha descendido mucho más rápidamente de lo previsto. Las Matronas se encuentran ante el hecho de que incluso en los países occidentales uno de cada treinta partos llamados normales, terminan aún con la muerte del niño.

En los Países Bajos, la mortalidad, aunque débil si se compara con la de otros países, no se eleva a menos del 10 por 100 de la mortalidad total. El número de nacimientos de niños muertos es casi tan elevado como el de accidentes mortales para el conjunto de todas las edades.

Fuera de los problemas de mortalidad y morbilidad, las Matronas tienen un importante papel que representar durante el período postnatal en los partos que se efectúan en el domicilio. El cuidado de la madre y el niño en los diez primeros días —cifra que ha adquirido un significado casi místico— forma parte de los deberes clásicos de las Matronas. Pueden dar a la vez cuidados competentes y femeninos. En este aspecto, son superiores a los Médicos, que sólo pueden aportar la ayuda médica.

Pero no pueden aportar la ayuda doméstica suficiente.

En Holanda se ha desarrollado una organización para la ayuda familiar competente, llamada Ayuda Familiar y Maternal, pudiéndose citar los excelentes resultados obtenidos por esta forma de cuidado relativo a la maternidad después del nacimiento, que garantiza a la vez los cuidados necesarios tras el alumbramiento y la ayuda doméstica. Más de 70.000 madres disfrutan al año de la ayuda familiar y maternal, siendo el resultado una mortalidad perinatal de cerca de 15 fallecimientos por cada mil nacimientos, que es casi el mínimo en las condiciones actuales.

El elevar la calidad de los cuidados postnatales en el parto a domicilio, en unión de la ayuda doméstica, es tan importante que la experiencia ha demostrado que los bebés prematuros normales o llamados normales, con un peso al nacer de menos de 1.800 gramos, pueden ser criados tan bien en la familia como en el hospital.

Como el nacimiento de prematuros es una de las llamadas "causas" principales de la mortalidad perinatal, el cuidado de la mayor parte de los bebés prematuros —los que tienen al nacer un peso de 1.800 gramos y 2.500— es una tarea delicada pero importante para las Matronas que trabajan a domicilio. Pero igualmente en los casos normales, la asociación de la Matrona y de la ayuda familiar es más o menos la solución ideal para los cuidados en el momento del alumbramiento y durante el período que sigue.

En los hospitales y maternidades, la Matrona trabaja generalmente bajo el control de un Médico, o es uno de los miembros del equipo formado por Matrona, maternólogo, pediatra, enfermera y asistenta social. Es raro que en los hospitales prolongue su cuidado a la madre y al recién nacido, después del parto. Dejan a las enfermeras la tarea de prestar estos cuidados. La hospitalización reduce su papel en lo que concierne a los cuidados relativos a la maternidad. Esta pérdida de independencia se ve compensada por su admisión al seno del equipo del hospital, en donde la responsabilidad es compartida pero en donde la cooperación mejora los resultados.

A pesar de esta tendencia, es indudable que el papel de la Matrona en lo que concierne a los cuidados relativos a la maternidad —y a la protección a la madre y al niño— adquirirá una importancia cada vez mayor en los países no occidentales.

A grandes rasgos, más de las tres quintas partes de los nacimientos tienen lugar en Asia, una quinta parte en Europa y una décima parte en Africa y América, respectivamente. El patrimonio del pasado, de esos buenos tiempos, nos sitúa ante el hecho de que menos de la mitad de la centena de millones de madres que, por año y en el mundo entero dan a luz un niño, disfruta de cuidados competentes durante el parto y el período que le sigue. Alrededor de la mitad o dos tercios de las mujeres que acaban de dar a luz son cuidadas por Matronas indígenas o inexpertas, sin ningún cuidado prenatal. Sesenta millones de nacimientos por año tienen lugar sin ninguno de los cuidados obstétricos más elemetales. La alimentación pobre y la ignorancia agravan esta trágica situación.

En extensas regiones del mundo no hay Matronas. Estas no pueden actuar en donde no existen. En donde se encuentran estas condiciones llamadas "naturales" pero verdaderamente inhumanas, habría que formar ejércitos de Matronas antes de que

ellas pudieran representar un papel en lo que concierne a los cuidados relativos a la maternidad.

Los funcionarios de la salud pública sueñan con un mundo en el que, en un futuro próximo, fuera tan grande el número de Matronas como el de Sargentos militares, no solamente con la esperanza de reemplazar el mando de los hombres por las mujeres, cambiando la destrucción por la construcción, sino sobre todo con la esperanza de proporcionar a las mujeres durante el embarazo, parto y período puerperal, los cuidados elementales a los que tienen derecho como seres humanos.

Una de las mayores deudas de honor que la humanidad debe saldar, es borrar el hecho vergonzoso de que cada año decenas de millones de mujeres se ven privadas de toda clase de cuidados relativos a la maternidad. Y durante este tiempo hemos entrado en la era atómica.

¿Es decir demasiado al público y a las personas de espíritu recto en general afrontar este hecho y aceptar las consecuencias? Sólo las Matronas pueden ser los ángeles liberadores.

Sólo ellas pueden librar al mundo de este mal humano, médico y social que cada año produce la muerte de medio millón de mujeres jóvenes y de millones de recién nacidos, sin contar con los sufrimientos inútiles de otras muchas. Son ilimitadas las posibilidades de las Matronas y el papel que pueden representar en los cuidados relativos a la maternidad, suponiendo su estrecha colaboración con el Médico.

La experiencia de los países que se dicen poco desarrollados, pero que en realidad son poco privilegiados, muestra, desde el punto de vista histórico, que desde los treinta a cincuenta años últimos, y sobre todo después de la segunda guerra mundial, las Matronas adquieren un papel cada vez más importante en la organización de la protección maternal e infantil cuando reina una extrema escasez de Doctores.

En estas miserables condiciones, el papel de la Matrona consiste sobre todo en enseñar y controlar. Educan a las antiguas Matronas, instruyen y vigilan a las Matronas auxiliares expertas y dirigen los dispensarios infantiles. En resumen, organizan los cuidados prenatales, los que se prestan en el momento del nacimiento, los postnatales y los que hay que prestar a los niños de pecho, siguiendo normas sencillas, pero justificadas, en estrecha relación con los funcionarios de la salud pública.

El papel de la Matrona en lo que concierne a los cuidados relativos a la maternidad, varía de un continente a otro, de

un país a otro y de una provincia a otra. Un corte por medio de la situación actual se asemeja a los cuidados relativos a la maternidad en la historia de la humanidad. Todos los estadios están representados: salas de maternidad de las más modernas en los hospitales y los cuidados en las clínicas de maternidad y obstetricia practicada a domicilio con o sin cuidados pre o postnatales. Todos estos estadios pueden estar presentes simultáneamente en un mismo país.

Es muy frecuente y no excepcional que los cuidados postnatales sean más o menos descuidados, incluso con las modernas condiciones.

No sólo el niño, sino también la madre tienen necesidad de ser seguidos atentamente durante las primeras semanas o meses, después del parto. Como en todas las partes de la Salud Pública moderna, el papel de la Matrona en lo que concierne a los cuidados relativos a la maternidad, tiene necesidad de ser valorado de vez en cuando en relación con los métodos modernos. Esta comparación, no es un ensayo crítico, ya que, al contrario, el esfuerzo común mostrará el camino que conduce a mejores resultados en interés de la madre y del niño en beneficio de quien les presta los cuidados relativos a la maternidad.

No es preciso ningún análisis para darse cuenta de que es necesaria la modernización de la instrucción de las Matronas, de que son indispensables los cursos postescolares y que las conferencias internacionales activan el progreso de la Medicina en el mundo entero.

Deseo que este Congreso pueda llenar vuestra espera y que pueda dar un sentido más profundo y moderno al papel de las Matronas en lo que concierne a los cuidados relativos a la maternidad.

El Presidente: Quiero dar las gracias al Doctor De Haas por su conferencia extremadamente interesante. No era sólo el hombre necesario para hacer esta conferencia, sino que la ha hecho de la mejor manera posible.

Ha puesto de relieve cosas que son de la mayor importancia para todas las Matronas, sobre todo en el futuro, e igualmente el papel que ellas deben representar en este campo.

Ahora, en nombre de todas las Matronas aquí presentes, las "mujeres sabias", como espero que podamos llamarlas, quisiera decir que verdaderamente hemos encontrado el hombre preciso. Tal comprobación por parte de las llamadas "mujeres sabias", creo que es la mejor cosa que se puede decir sobre un hombre: Gracias.

CUIDADOS RELATIVOS A LA MATERNIDAD EN EL CUADRO DE LOS SERVICIOS DE HIGIENE PUBLICA

Señorita HATTIE HEMSCHAMEYER (Estados Unidos):

Las Matronas profesionales aportan una contribución de importancia vital a los cuidados relativos a la maternidad. Las mujeres a las que asisten reciben un servicio rico en comprensión psicológica y humanidad. Eso que muchas de vosotras llamáis "gemutlichkeit".

La tensión y superexcitación de la mujer que espera un hijo, son la anticipación natural de un gran esfuerzo y de una gran realización. En nuestro mundo moderno, la mujer embarazada está sometida a esfuerzos y tensiones nerviosas suplementarias. Puede ser que se vea forzada a trabajar para ganarse la vida cuando preferiría permanecer en su casa, ejerciendo su papel de esposa y madre. Puede que luche entre los valores de su carrera y los de su familia. Puede que su marido esté lejos y ella se encuentre sola esperando su bebé y reconcentrando todos sus sentimientos en este bebé.

Cuando una mujer está embarazada, se desarrollan en ella dos actitudes importantes ante su próximo parto y ante la responsabilidad para con los que la rodean. Estas actitudes reciben un "shock" y más tarde muestran la influencia de la clase de cuidados que reciben en el parto.

En los ambientes llamados desarrollados, la mujer embarazada es cuidada en hospitales, con servicios más o menos uniformes y relaciones convencionales. En la atmósfera extraña y misteriosa del hospital, son separadas de los parientes o amigos de los que estaban seguras y de las personas en las que tenían la costumbre de apoyarse en sus casas.

Eran la persona central de la casa, tomando o compartiendo las decisiones que la regían y se ven convertidas en un enfermo más sometido al régimen hospitalario. Son en el hospital más que individuos, el caso patológico que representan.

Doctores, Enfermeras y técnicos de laboratorio vigilan atentamente el funcionamiento de sus órganos y actúan rápidamente al menor signo de anomalía psíquica. Esta atención rápida y llena de interés ante las molestias físicas, forman un contraste sorprendente si revelan signos de molestias psíquicas. Y sabemos que el agotamiento psíquico cuando pasa los límites de lo normal, tiene a menudo una significación fundamental posterior en su vida y en la de su familia.

Se pueden evitar bien estas agitaciones que se producen en el embarazo, pero hay que distinguirlas y comprenderlas. Nosotras, que trabajamos en el campo de los cuidados relativos a la maternidad, hemos recurrido de buen grado a medicamentos y procedimientos quirúrgicos que alivian los sufrimientos psíquicos.

¿No es posible igualmente prevenir y aliviar el agotamiento, reorganizando ciertos servicios que se ponen a disposición de las madres y produciendo una mayor simpatía en aquellos cuya profesión es cuidarlas? Si la sociedad quiere dedicar su vanidad a organizar servicios de hospitales que se dividirán en varios servicios de higiene, en los que se podrán dar toda clase de cuidados relativos a la maternidad, ¿no deberíamos examinar atentamente los elementos de los buenos cuidados que se prestan en el hospital, de los buenos programas clínicos y de los buenos programas de higiene? ¿No debemos pensar un poco más en lo que deberíamos dar a esas mujeres y en la forma en que deberíamos tratarlas además de asegurar su vida y cuidar de que su hijo entre con ella sano en su casa? En resumen, ¿no debemos revisar enteramente el valor de todo nuestro sistema de cuidados relativos a la maternidad para ver el sitio en el que la organización actual no satisfaga plenamente a las personas que servimos y a nosotras mismas?

El Doctor Louis J. VERHOUSTRAETE, en la revista americana de higiene, dice: "Las mujeres en los países no desarrollados aun necesitando aprender los principios de higiene y recibir consejos para liberarse de numerosos tabús peligrosos para la vida de su hijo, parece ser que se pueden adaptar más fácilmente y sin esfuerzo que las mujeres de Occidente, al embarazo y próximo parto. Muestran también una mayor facilidad para establecer rápidamente relaciones psíquicas estables con su recién nacido, mientras que actualmente, en este aspecto, las mujeres occidentales parecen necesitar con mayor frecuencia consejo y apoyo de los profesionales. Por consiguiente, habría

que actuar con prudencia cuando se quiera hacer progresar los métodos de puericultura en las civilizaciones occidentales, y preocuparse de que los que se ocupan de ciencias sociales, no cesen de analizar dichos métodos sin perder de vista el papel que representan en la familia y en la sociedad.

Día tras día, las Matronas, Enfermeras, y ahora las Enfermeras-matronas, se ocuparán con éxito de cuestiones delicadas, haciéndose preguntas sobre el efecto que podrían producir en las madres dichas cuestiones. La obstetricia, que proporciona gran cantidad de respuestas a preguntas sobre la seguridad física, comienza a ocuparse ahora de la tensión psíquica y de los traumatismos, que pueden tener efectos prolongados en la vida y bienestar de la madre, de su marido y de su hijo. Este interés comienza a producir fruto, sobre todo en el terreno psicosomático de los cuidados relativos a la maternidad.

Como observó hace más de un año el Profesor J. L. Mc Kelvey en la "Revista de Obstetricia y Ginecología del Imperio Británico", ahora que la mortalidad maternal ha bajado hasta un punto en que podemos determinar casi con seguridad la dirección de nuestro ataque para combatir las muertes que aún se podrían evitar, los maternólogos deben comenzar a considerar los efectos lejanos del embarazo y sus complicaciones. Deben emprender investigaciones en terrenos en los que las condiciones patológicas darán lugar a cambio de personalidad y viceversa.

Según las propias palabras del Doctor Mc Kelvey, "la obstetricia como disciplina científica se encuentra aún en el umbral de sus posibilidades. Debido al sentido biológico y social, trata de problemas de la mayor importancia para la sociedad".

Felizmente, un número cada vez mayor de maternólogos de primera categoría, tratan de franquear este umbral. En extensas regiones del mundo, el arte de Médicos, Matronas y Enfermeras, se une aún a supersticiones y a costumbres que no tienen sus raíces en los conocimientos científicos que tenemos del cuerpo humano. Los tratamientos se dejan en manos de curanderos, y las posturas ante la enfermedad y el alumbramiento se mezclan aún a concepciones religiosas primitivas.

Sin embargo, los curanderos primitivos triunfan a menudo y la gente tiene confianza en ellos. ¿Por qué? Muchos de los remedios contienen elementos de valor y representan toda la experiencia acumulada por medio de ensayos y errores a través de generaciones. Rodeados de superstición y misterio, poseen un

medio de un valor real. Además de esto, los curanderos y sus ayudantes, pueden a veces obtener notables curaciones porque valoran la influencia de las emociones, actitudes, presiones y apoyos sociales, en la enfermedad y en la salud. Consciente o inconscientemente, aplican estos factores a la terapéutica.

El período de las investigaciones de laboratorio de la medicina, es brillante en experimentos, observaciones y disecciones, pero olvida a veces que el ser humano es algo más que la suma de todas estas partes. El descubrimiento de los microorganismos abrió un nuevo período notable en lo que concierne al diagnóstico y control de las enfermedades infecciosas. Igualmente, el desarrollo de los anestésicos y de los procedimientos quirúrgicos, ha abierto vías nuevas. Sin embargo, el trabajo de laboratorio es limitado. El procedimiento que consiste en descubrir una lesión local, identificarla y aplicarle el tratamiento adecuado, no es siempre suficiente.

En todo tiempo, la obstetricia ha sido naturalmente reflejo de actitudes que prevalecían en medicina general. Durante muchos años, las mujeres que estaban esperando un hijo, se clasificaban en dos categorías: normales y enfermas. Daban a luz normalmente, o bien lo hacían por procedimientos quirúrgicos. De todas formas, se le atribuía mayor importancia a los órganos que a toda la persona.

Durante siglos, los manuales de anatomía no han tratado más que de la anatomía masculina. Ha hecho falta un largo período de estudios e investigaciones para llegar al conocimiento actual de la anatomía, fisiología y psicología de la mujer y para reconocer el efecto que todo esto supone en el embarazo.

Al caer cada vez más la obstetricia en manos de Médicos y Especialistas, se ha producido una reorganización de las responsabilidades. Durante todo el tiempo que ha durado este desarrollo, los Médicos fueron apoyados por Enfermeras y Matronas. Recordamos la ayuda de las primeras durante la guerra de Crimea, y de las segundas, en el trabajo de Semmelweis. Recordar igualmente el número infinito de mujeres a las que habéis ayudado en el momento del parto, observando entonces uno de los verdaderos fenómenos de la vida.

Las mujeres que están esperando un hijo y las que las ayudan, hablan un idioma universal en ese momento. ¿No tienen una profunda perspicacia ante ésta su única experiencia? Pienso que si las Matronas y las Matronas-Enfermeras escuchan a las mujeres a las que cuidan con todo su corazón, oído y cere-

bro, sienten sus necesidades físicas. Puede ser que por ésto se vean intimidadas por las experiencias diarias en clínicas y hospitales, ya que el tratamiento está por encima de los cuidados de amor, afecto, seguridad y comprensión. Ante dicho tratamiento, las mujeres tienen que someterse a él, por conmovedor que pueda ser psíquicamente este ensayo para ellas personalmente y para su vida de familia.

Todos los que han trabajado en un hospital moderno comprenden la fuerza que tiende actualmente a colocar los métodos por encima de las exigencias individuales. En los Estados Unidos, por falta de personal, es difícil hacer el trabajo propio y tener tiempo aún para investigaciones y profundizar en el contacto personal con los enfermos. En nuestro descargo, diré que el trabajo está organizado a menudo de forma que, consciente o inconscientemente, impida el reconocimiento y satisfacción de más necesidades que las físicas. Para justificarnos, decimos que los cuidades físicos son precisos para la vida, mientras que el apoyo psíquico es un servicio de lujo que las sociedades desarrolladas no pueden o no quieren ofrecerse. Si aceptamos este punto de vista, ¿no nos arriesgamos a negar o a no saber ver lo que la obstetricia lleva a cabo y lo que es capaz de realizar?

La mujer tiene derecho a un mínimo de orientación y comprensión durante la prueba del embarazo. Dándole ésto, puede aportar su conocimiento en lo que concierne a los efectos durables de esta prueba en ellas, su bebé y su familia. Tales precisiones podrían ayudar a muchas investigaciones en gran cantidad de terrenos, no sólo en el de las ciencias físicas, tal como la obstetricia, sino también en los estudios psicológicos sobre la naturaleza fundamental de la mujer, dado que ella ejerce gran influencia en la vida familiar y en la estructura de la sociedad.

Se ve claro que las profesiones que se ocupan de la obstetricia, de los cuidados relativos a la maternidad, y de los relativos a la maternidad en los servicios de higiene, tienen necesidad de establecer un nuevo valor de los resultados buenos o malos de los sistemas que existen actualmente. Tienen necesidad de ver lo que las otras ciencias pueden sugerirles para esclarecer sus trabajos de investigación. Tienen necesidad de trazarse nuevos objetivos para los cuidados relativos a la maternidad que abarcarán los últimos límites de la seguridad física y que al mismo tiempo reforzarán los aspectos sanitarios y de protección en la prueba del embarazo. Las ideas sobre los cui-

dados relativos a la maternidad en la hora actual, dejan atrás a la ciencia médica tal como la ve la tradición, y conducen a los peritos hasta los valores variables e intangibles del campo de la salud o de la enfermedad.

Por aceptar ésto, no se debe abandonar ni las preocupaciones ni las ideas primitivas. No obstante, es esencial que aceptemos las nuevas orientaciones y perspectivas si queremos unirnos a esta empresa. La Confederación Internacional de Matronas ha demostrado su perspicacia en relación con este problema por su prontitud en admitir a las Matronas-enfermeras como miembros. Viniendo como vengo de los Estados Unidos, aprecio como todas mis colegas la ocasión que tengo así de trabajar con vosotras.

En los Estados Unidos, más bien ocupamos una posición no habitual con respecto a la práctica de la obstetricia. Su último lugar está bien descrito en el excelente artículo del Doctor HERBERT THOMS. "La herencia de la obstetricia americana".

"La práctica de la obstetricia en las colonias inglesas, era naturalmente un reflejo del sistema en uso en la madre patria". ha escrito el Doctor THOMS.

"Sólo después de la invención de los fórceps en Inglaterra, la práctica de la obstetricia comenzó a ponerse en manos de los Médicos. En las colonias existe una circunstancia que favoreció la desposesión de las Matronas por los Médicos: no se disponía de ningún establecimiento para la formación sistemática de Matronas".

Esta falta de ocasión favorable para la formación de Matronas, impedirá de hecho dicha profesión en los Estados Unidos, desarrollándose solamente en combinación con la de enfermera, bajo la dirección del Médico.

Sabéis como yo que la profesión de Matrona y la de Enfermera son muy distintas. La asociación de las dos provoca cuestiones de competencia. No obstante, al nivel de la salud pública, es precisamente esta asociación del conocimiento y competencia, y sin especialización en la práctica de una y otra, lo inestimable para elaborar y poner en práctica el programa de cuidados relativos a la maternidad y para enseñar en el cuadro de la salud pública.

Debido al interés que prestamos al cuidado de las madres, porque somos mujeres y comprendemos sus necesidades, las Matronas y las Matronas-enfermeras sólo tenemos una contribución única que aportar en el terreno de los cuidados relati-

vos a la maternidad. Igualmente, la profesión médica, dominada por la psicología masculina, tiene también su contribución particular a aportar. Nuestro fin común se puede enriquecer si llevamos a bien el trabajar juntos, ya que las mujeres embarazadas tienen necesidad del apoyo que reciben de la intuición femenina de la Matrona o de la Enfermera y de la psicología naturalmente masculina del Médico.

Por muchas excelentes razones, la profesión de Enfermera en los Estados Unidos ha tomado parte en las funciones de la administración, enseñanza y en la investigación, tendiendo ésto a apartar cada vez más a las Enfermeras de los enfermos. Esta tendencia ha ejercido igualmente su influencia en las Enfermeras de los servicios de obstetricia. Las Matronas-enfermeras de mi país comprenden las razones de este cambio en las funciones de las Enfermeras, pero no creen que sea conveniente. Privada de sus contactos cotidianos con los enfermos, creemos que la profesión de Enfermera perderá a la larga parte de sus derechos a los estatutos profesionales.

Es cierto que en el pasado el trabajo de las Enfermeras y Matronas se centraba en los enfermos, impidiéndonos aportar nuestra contribución al plan de la organización de programas. Debemos reconocer con justicia la parte que tomamos las Enfermeras de hoy en la administración, enseñanza e investigación. Se nos debe artibuir gran parte del mérito de lo que esta profesión ha llevado a cabo en el terreno de la salud mundial, en las escuelas y en las universidades. A la larga, las Matronas se beneficiarán también de estos nuevos trabajos de las Enfermeras, pues creo que podemos contar con las Enfermeras para mantener nuestra profesión de Matronas.

Tenemos ante nosotros la prueba de esta ayuda en los escritos de la Organización Mundial de la Salud. La encontramos en las Memorias técnicas que tratan de la educación profesional, de los cuidados relativos a la maternidad, de las Matronas y Enfermeras y de la elaboración de programas de salud.

Se ve igualmente de una manera clara en las Memorias que los Médicos ayudan activamente a las Matronas, aceptándolas a veces como colegas, a veces —lamento decirlo— como medio temporal para lograr un fin. Pero no hay que tomar esto último fuera de su contexto. Creo que, a fin de cuentas, el cuerpo médico verá que las Matronas ayudan y completan la labor médica. Creo asimismo que acogerá cada vez con mayor agrado esta ayuda, dándose cuenta del alcance que puede tener

la idea de sanidad creadora en lo que concierne al bienestar de la humanidad, extensión de su profesión y satisfacciones que se pueden recoger.

Creo que en las próximas décadas veremos un cambio en nuestros métodos de enseñanza. Aun manteniendo la posición de los investigadores, creo que concederemos mayores honores y un lugar más elevado al buen clínico cuya responsabilidad consiste en aplicar los descubrimientos de los investigadores para su empleo cotidiano, haciéndoles penetrar en el seno de las tradiciones de la sociedad.

El cuadro tradicional de los cuidados relativos a la maternidad, se valora en la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud y utilizada en la Memoria número 93 sobre obstetricia que señalo a continuación:

"El objeto de los cuidados relativos a la maternidad es el de conservar en buena salud a todas las madres que esperan un hijo, enseñarles el arte de cuidarlo, asegurarles un parto normal e hijos con buena salud. En el sentido más estrecho de la palabra, los cuidados relativos a la maternidad comprenden el cuidado a las mujeres embarazadas, la seguridad en el parto, los exámenes postnatales, el cuidado a los recién nacidos y la conservación de la lactancia. En el más amplio, comienzan mucho más pronto, por medidas que tienden a favorecer la buena salud y bienestar de las personas jóvenes que son padres en potencia, ayudándoles a prepararse convenientemente para la vida de familia y para el papel que representará la suya en la sociedad."

En otros términos, si los conocimientos técnicos son esenciales en el ejercicio de los cuidados relativos a la maternidad, estos últimos son más eficaces cuando se trata de comprender las tradiciones. De manera general, pienso que se puede decir que la obstetricia ha permanecido bastante cerca del contexto de esta definición sobre el plano de los cuidados clínicos.

La crítica que se oye constantemente en los Estados Unidos es que la obstetricia no ha publicado obras que hagan objetivo su trabajo y que ponen sus descubrimientos a disposición de otras disciplinas. Esta crítica puede tener menos importancia cuando el estatuto de los Médicos de los Centros de Enseñanza se acerque más a los de los especialistas de la investigación científica.

No obstante, creo que las Matronas deberían esforzarse en estar más articuladas ante su trabajo y en consagrar una mayor

parte de su tiempo y energías a la administración, enseñanza e interpretación. Esta laguna se ha puesto en evidencia en las Memorias técnicas de la Organización Mundial de la Salud. Cualesquiera que sean las razones que restringen la contribución que las Matronas pueden aportar a este campo, creo que el Congreso debería dar un paso adelante para vencerlas.

Consideremos ahora una nueva concepción en el terreno de la salud en lo que concierne a los cuidados relativos a la maternidad.

La historia de la humanidad, en relación con el campo de la salud, ha atravesado por tres grandes fases: la primera es la aceptación pasiva de los "handicaps" de las enfermedades; la segunda, la lucha por la curación, y la tercera, las medidas preventivas contra la enfermedad.

En esta fase preventiva, se ha desarrollado en las últimas décadas una profesión que se ocupa de la salud pública. Gracias a estas realizaciones, entramos ahora en un cuarto período: fase creadora, en la que el hombre quiere cada vez más consagrar sus recursos al progreso de una amplia concepción del bienestar de la humanidad, en la que la salud dinámica es parte integral.

Las mujeres del mundo evolucionado, son particularmente sensibles a esta nueva concepción. A medida que se liberan de la ignorancia, del trabajo penoso y de la enfermedad, adquieren el conocimiento y energía necesarios para extender los límites de su propia vitalidad. Pueden, si quieren, no solamente evitar la enfermedad y la debilidad, sino elevar al grado más alto de energía su poder creador y su placer. En este sentido, la salud llega a ser una forma de vivir más plenamente: menos cuestión de estructura y más cuestión de funciones.

Conforme las familias encuentren con menos frecuencia la muerte y posean más conocimientos sobre la salud creadora, estarán menos dispuestas a confiarse ciegamente a las manos de los profesionales. Las personas ignorantes que tienen un problema urgente pueden querer confiarse enteramente a los peritos en la materia. Las personas informadas e independientes que no tienen un problema especial, no quieren seguir órdenes sin comprender la razón de ellas.

En el terreno particular, las mujeres quieren enseñanzas sobre el embarazo y su relación con la salud creadora. Esto es interesante, pues cuando las madres toman parte en las decisiones, es más fácil influenciarlas y ejercer así una política clara en lo relacionado con la salud pública.

Hasta aquí, los programas de cuidados relativos a la maternidad han tratado de persuadir a las mujeres para que adopten medidas que han sido demostradas, para asegurarles su bienestar. Consultas frecuentes desde el comienzo del embarazo, buena alimentación, cuidados postnatales, etc..., sin hacerles saber la razón de la necesidad de tales medidas. En el futuro, las explicaciones irán paralelas a las recomendaciones. Las mujeres del mundo entero se instruirán gracias a la experiencia que consiste en dar a luz y criar hijos.

En otros términos, el camino que conduce a la salud creadora, se marcará por:

— más enseñanza y menos órdenes.
— más consejos y menos controles.
— más consultas y menos prescripciones.
— más hechos y menos enunciados dogmáticos.

Aquellos de nosotros que transformamos los conocimientos en usos prácticos, tenemos un perpeuto y cambiante trabajo. Podemos regalar libremente nuestros conocimientos, porque sabemos que mañana sacaremos provecho de ello. Solamente en donde no existe el progreso de los conocimientos, los profesionales sienten siempre la necesidad de estimular la dependencia, guardar los secretos y acumular las técnicas para preservar sus estatutos.

La ciencia es un verdadero poder y debe ponerse a disposición de los seres humanos, para el bien de los individuos y de la comunidad. Si damos un paso para ver que el conocimiento de la gente se debe a lo que dicha gente posee, podemos esperar con impaciencia el día en que el estudio de las conductas y en el que la vida sobrepasarán a la ciencia nuclear y a la muerte.

La salud de las mujeres del mundo entero, es uno de los valores más seguros de la humanidad. En este campo, como en muchos otros, es un signo de progreso el que grupos de varias disciplinas se pongan de acuerdo, en principio, para la acción futura en la salud del mundo, así como en la de los individuos en el seno de la familia y de la sociedad. Bastante más difícil es el asegurar un apoyo sincero a los individuos que tienen que llevar la pesada carga del trabajo.

En la práctica, la marcha en común de distintas disciplinas, se tambalea a menudo cuando son alcanzados los límites tradicionales de las mismas. Las vidas más largas pueden ser ahogadas bajo la influencia de competencias y prerrogativas.

¿Ha de ser así necesariamente? Si nos esforzamos en ocupar cada uno nuestro lugar, en cuestiones que se reconocen como delicadas, en donde las funciones tienden a montarse unas sobre otras, se producirá a la larga una ampliación de la vida y de las ocasiones favorables para todos, fijándose nuevos y más extensos fines.

No existe límite en todo lo que se puede realizar en el campo de los cuidados relativos a la maternidad, una vez que hemos aceptado la idea de salud creadora y el poner a su servicio todos nuestros conocimientos y capacidad en el aspecto social y médico. Estos son los horizontes ilimitados de mañana, no sólo para la obstetricia, medicina y salud pública, sino también para todos aquellos que practican el arte de curar y que trabajan juntos porque se extienda la salud mundial.

Discusión

Miss Knott (Gran Bretaña): Pregunta: "¿No es importante el que las Matronas se desliguen un poco del cuidado de los enfermos para poder conservar vidas sanas en los casos normales?". Piensa que se debería enseñar todavía más a las Matronas la forma de tratar los problemas psíquicos de madres y niños. Se pregunta si no perdemos un poco de vista las relaciones entre las Matronas y los Médicos. La señorita Knott, dirige entonces un saludo a las mujeres maternólogos. Cree que se debería preparar a las Matronas para que tomen su parte de responsabilidad en el terreno de la investigación científica.

Madame Jay (Francia): Pregunta a la señorita Hemschemeyer si no cree ella que debería existir una clara delimitación entre Enfermeras y Matronas. Pregunta después si en los Estados Unidos las Matronas tienen derecho a dirigir los partos o si solamente ayudan a los Maternólogos.

Miss Hemschemeyer: Dice que cree que aunque las Matronas han aportado una formidable contribución a los cuidados relativos a la maternidad, las Enfermeras obstétricas han aportado igualmente la suya a su manera. No piensa que el valor

corresponda a un solo grupo y cree que hay muchas tendencias y cambios que comprender.

Miss Staunem (Noruega): Se congratula de ver a una Matrona americana en el Congreso, porque cuando estuvo en América apenas existían, y se le dijo entonces que sólo las utilizaban los pobres. Se interesa por la acogida que tienen las Matronas entre las madres y Médicos.

En respuesta, mis Hemschemeyer, dice que personalmente tiene licencia para ejercer su profesión de Matrona en Nueva York, pero que no cree que con las leyes actuales de los Estados Unidos, sea posible ejercerla, creyendo que las Matronas-enfermeras asumen responsabilidades muy pesadas durante el período prenatal y en el momento del parto. Las Matronas, más bien, hacen lo que mis Staunem podría clasificar de cuidados de maternidad más que de cuidados obstétricos.

Miss Marta Olivos (Chile): Dice que los Estados Unidos ejercen una gran influencia en la América Latina. Sabe que en ciertos países, las Matronas reciben una mejor formación y representan un papel mucho más importante que las de Chile, preguntándose qué es lo que se debe considerar como límite de dicha profesión cuando se ha recibido una buena formación y diciendo que le gustaría saber hasta dónde se piensa extender el campo de acción de la misma.

Miss Hemschemeyer: Cree que actualmente se está trabajando mucho en la enseñanza y servicios que ayudarán a determinar el campo de acción de la Matrona. Dice que los Estados Unidos han copiado mucho de Gran Bretaña y Francia y que asimismo lo habrían hecho de otros países si sus escritos hubieran sido accesibles; lamenta, por ejemplo, ser incapaz de comprender el escandinavo.

La Presidenta, miss Deane: Dice que ha tomado con interés las notas de miss Hemschemeyer sobre la necesidad de que las Matronas se adapten más fácilmente y consagren una mayor parte de su tiempo a las cuestiones relacionadas con la administración y la enseñanza.

FORMACION DE MATRONAS INSTRUCTORAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS PROYECTOS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Señorita MILLICENT FENSOM:

Programa de la O. M. S.

En un Congreso de esta naturaleza, en donde las perspectivas nacionales se extienden a un cuadro internacional, es natural que se acentúe la contribución que aportamos todos al fin común y, con este motivo, quisiera hablaros de la que esta profesión puede llevar a los programas de la Organización Mundial de la Salud.

Hace algunos años, en Singapur, tuve el privilegio de trabajar durante algún tiempo con dicha Organización en la elaboración de un programa de formación obstétrica y, como la mayoría de los que han trabajado en este campo, vi algo de la administración de la Organización en la sede social de Ginebra. Sé que no es necesario que os hable del hermoso trabajo que realiza la O. M. S., pero quisiera deciros que al verla de cerca nos dimos cuenta de que, individualmente, no eramos más que los dientecillos de una gran rueda y que sin duda, como quería la O. M. S., podíamos ver nuestros propios programas en sus perspectivas. Entre las otras personas que estaban conmigo, se encontraban, por ejemplo, un Médico noruego especialista en enfermedades pulmonares que comenzaba un proyecto contra la tuberculosis, un doctor español que acababa de hacer un estudio sobre la malaria, una Enfermera instructora que volvía a las Indias y a la que más tarde encontré en Filipinas. Encontré también a Médicos y Matronas y aprendí mucho de los programas de estudio de los Médicos, de los profesores de los servicios de salud, de las Enfermeras y de las Matronas de muchas regiones.

Sin embargo, sin duda alguna, las instructoras Matronas

pueden aportar una contribución preciosa en este conjunto de servicios de la salud. Un Maternólogo célebre, gran amigo de las Matronas, el Profesor Eastman, en su discurso de inauguración del último Congreso Internacional de Matronas en Londres, ha dicho "que pertenece a la Matrona el mejorar los cuidados relativos a la maternidad. No se ha señalado bastante el que con su poder es nuestro agente más eficaz en lo que se relaciona con la enseñanza y extensión de la higiene y de la medicina preventiva".

Informe de la O. M. S. sobre la formación de las Matronas

A propósito de la formación de las instructoras Matronas, os puedo recordar algunos puntos del informe técnico sobre la formación de las mismas, publicado por la O. M. S.

Dicho informe declara que los programas relativos a la salud maternal e infantil, dependen del desarrollo de los otros servicios fundamentales, y subraya la necesidad de que las instructoras Matronas ocupen su lugar en el equipo de trabajadores de los servicios de la salud. Esto se ha dicho y redicho por todos nosotros y no quiero pensar que pueda ponerse en duda esta afirmación.

A continuación, dicho informe sugiere que se podrían dar cursos, que sirvieran a la vez para formar profesores, para las Matronas, Enfermeras de la salud pública y Enfermeras en general. Si es evidente que se sacaría gran provecho de tales cursos, sin embargo, sería necesario guardar un equilibrio estable entre los estudios sobre salud pública y los de obstetricia postescolar. Las instructoras Matronas tienen un extenso terreno que ocupar cuando son estudiantes y si a continuación deben formar a personas indígenas y ligadas a las tradiciones que presiden los nacimientos en regiones donde es difícil beneficiarse del auxilio del Médico y de los servicios hospitalarios, deben tener suficientes y adecuados conocimientos sobre su profesión. Deben saber enseñar a sus mujeres cómo conocer y tratar los casos normales y los casos de urgencia que en las regiones más favorecidas no salen del dominio de la Matrona.

En otros términos, es preferible que se dé preferencia a sus conocimientos de obstetricia más que a su talento para hablar

con autoridad, por ejemplo, de la canalización del agua, alcantarillas o estadísticas.

A continuación, dice el informe que las Instructoras-Matronas deben tener una buena experiencia clínica postescolar. Según mi criterio, nunca se insiste bastante sobre este extremo francamente importante.

Finalmente, se menciona la necesidad de que las instructoras-Matronas, así como las otras personas que trabajan en el cuadro de la O. M. S., aborden con simpatía las costumbres locales, creencias y prácticas tradicionales. Las Matronas pueden tener un contacto mucho más íntimo con la vida familiar que cualquier otra persona y son aceptadas como amigas, mientras que los demás son simplemente tolerados. Creo que las Matronas que enseñan, no encontrarán difícil el reconocer y respetar otros puntos de vista que los suyos, ganándose así la confianza en este aspecto.

Cursos de formación para instructoras-Matronas

La O. M. S. elige con mucho cuidado y discernimiento las personas que deben trabajar en este campo, y gracias a una gran experiencia puede considerar si reúnen las condiciones precisas para tareas particulares. Sería presuntuoso el querer indicar una lista de dichas condiciones, pero estoy segura que se espera que la instructora-Matrona sea bastante joven de edad y espíritu, para poder conservar su energía y entusiasmo a lo largo de su trabajo. No puede esperarse que sea estimulada por el éxito inmediato en este terreno, pues dicho éxito a menudo no llega hasta bastante tarde; puede encontrar la apatía o incluso el resentimiento y puede que tenga que trabajar en un clima difícil. También, se quiere de ella que esté llena de recursos y que se adapte fácilmente, pues se verá privada de muchas comodidades a las que está acostumbrada. Además, la instructora-Matrona, debe conceder gran importancia a sus relaciones personales con sus alumnas, con las mujeres a las que asiste y con las personas con quienes trabaja. Debe beneficiarse del contacto con sus semejantes y ser, en una palabra, persona que sepa adaptarse.

¿Qué curso de formación deberíamos dar a nuestras instructoras Matronas?

Antes que nada las estudiantes. Necesitan, naturalmente, una buena formación básica y una sólida experiencia postescolar, pero es esencial que posean una personalidad apropiada e inteligencia natural, si queremos hacer mujeres capaces de formar correctamente a nuestras futuras Matronas. Hay que señalar igualmente una edad límite, pues los cursos son arduos y exigen mucho estudio y concentración.

Anatomía y Fisiología

El programa debería abarcar nociones generales de anatomía y fisiología y un estudio detallado de las partes útiles en estos dos terrenos. Se dice a menudo que la formación actual de Enfermera tiende a intensificar la enseñanza académica a expensas de una buena formación práctica, y pienso que, a toda costa, debemos evitar ésto en obstetricia. Ciertamente, una instructora-Matrona debe poseer conocimientos razonables sobre la estructura y funciones del cuerpo, para poder explicarlas a sus alumnas en términos sencillos, pero no se debe esperar de ella que pase horas de estudio que no le producirán nada realmente práctico para su trabajo. Después de todo, no es estudiante de medicina.

Fisiología y mecanismo del embarazo

El estudio más profundo de la fisiología y del mecanismo del embarazo, la ayudará no sólo a enseñar estos temas a sus alumnas, sino también a abordar los otros más numerosos que debe enseñar. Desde hace tiempo se ha reconocido que la explicación sencilla de los procesos del embarazo y del parto, representa un importante papel en el aligeramiento de la tensión nerviosa que pueden producir las distocias. Por consiguiente, se deduce que todas las Matronas deberían ser capaces de poder dar estas explicaciones.

Las instructoras-Matronas, deben poseer conocimientos muy profundos en todos los aspectos de los cuidados prenatales, porque ésto constituye una de las partes más importantes de la medicina preventiva, con la que ellas están en relación.

Deben darse cuenta de lo que pueden extender la enseñanza por intermedio de las futuras madres, de cómo pueden influenciar a éstas sobre cuestiones de alimentación, higiene y cuidados familiares, y de cómo pueden persuadirlas para aceptar su parte de responsabilidad en el ensayo de realizar la sanidad en la sociedad.

Ahora, esperamos que las mujeres embarazadas reciban los cuidados médicos más perfectos posibles y que puedan beneficiarse de los recursos que les ofrecen los equipos que trabajan en la sanidad. Por consiguiente, las instructoras-Matronas deben estar preparadas para enseñar el valor de las medidas tomadas para proteger la salud física, y para mostrar a sus alumnas la forma en que pueden ayudar a conseguir este fin.

Además, se debe dar a las Matronas la formación necesaria para permitirles hacer de una manera competente los exámenes prenatales corrientes, tales como son reconocer sin dificultad las condiciones que no son normales. Cuando no se puede disponer de todos los cuidados médicos precisos, se hace cada vez más necesario para las Matronas el tener más responsabilidad durante el período prenatal, y es a las instructoras-Matronas a las que corresponde formarlas en este aspecto. Sé por experiencia personal, que jóvenes casi analfabetas a las que se les da una formación de Matrona, pueden hacer análisis de orina, tomar la tensión y hacer exámenes abdominales durante el embarazo, de forma extremadamente precisa, siempre que se les enseñe con paciencia los principios necesarios.

Las instructoras-Matronas deben igualmente ser capaces de enseñar a sus alumnas los métodos de anotar sus observaciones, bien sea bajo la forma de memoria detallada de los casos complicados o simplemente bajo la de signos o símbolos según sus aptitudes. Las estudiantes que quieran hacerse instructoras deben aprender igualmente la forma de ayudar a sus alumnas a que mantengan buenas relaciones con las mujeres embarazadas para prepararlas psíquicamente al parto y a su responsabilidad para con el bebé. Esta preparación psíquica puede comprender desde las discusiones y demostraciones hechas por Médicos, Enfermeras de sanidad, Matronas y especialistas en fisioterapia, con las mujeres que tienen una cierta cultura general, hasta las simples conversaciones con las Matronas cuya influencia puede rivalizar con la del brujo curandero de la región. En el grado más alto, se trata de ocuparse de la tensión psíquica producida por la agitación de la vida moderna, sobre

todo en las grandes ciudades, mientras que en el más bajo se trata de acabar con las supersticiones y prácticas perjudiciales que acompañan a la ignorancia y la pobreza.

Partos y días de cama que siguen en establecimientos y en el domicilio

El programa de los cursos dados a los futuros profesores, comprende un estudio más profundo de la fisiología del parto y de los días que le siguen, así como el de los cuidados que se prestan a las mujeres que acaban de dar a luz y durante el período postnatal. Se debe enseñar a las Matronas que gracias a los cuidados competentes y afables, pueden ejercer influencia en el curso del parto y que les aseguren un resultado feliz. Enseñarlas cómo pueden evitar un gran esfuerzo inútil y, sobre todo, cómo pueden llegar hábilmente a la tercera fase del trabajo. Cualquiera que sea el ambiente en que trabaje una instructora-Matrona, no querrá que sus alumnas ignoren el medio de aliviar el dolor durante el parto ni que se priven de los medicamentos que se emplean para este fin. Por consiguiente, se debe esperar que tengan los conocimientos necesarios sobre los sedantes, así como sobre otros medicamentos que son precisos a las Matronas en el ejercicio de su profesión. Deben, igualmente, poder dar consejos competentes sobre la cuestión del equipo profesional de las Matronas que deben asistir a las mujeres a domicilio, debiendo insistir en que estos equipos sean tan completos como lo permitan las circunstancias. A propósito de ésto, deben igualmente poder enseñar a sus Matronas los métodos y prácticas de cuidados que deben aplicar cuando trabajen a domicilio, ya que los programas de la Organización Mundial de la Salud sobre la formación de las Matronas pueden volver al ejercicio a domicilio.

El bebé

Se intensificarán los conocimientos de los Profesores sobre la fisiología y cuidados de los recién nacidos. La medida de mortalidad neonatal produce hoy día inquietud incluso en los países más avanzados. Al comprender bien las necesidades alimen-

ticias de los niños de pecho, al estimular la lactancia y al mostrar cómo se preparan los alimentos suplementarios, las Matronas deben representar un importante papel en la contribución a preservar la vida del bebé.

Las Matronas tienen un campo de acción inmenso para reducir la mortalidad infantil debida a otras causas, pues la infección y los traumatismos que se producen al nacer, se pueden evitar a menudo con cuidados apropiados, entrando dentro del terreno de las Matronas el cuidado de los prematuros e incluso la reducción de la incidencia de partos prematuros. Así pues, las Instructoras-matronas estarán al corriente de los conocimientos más modernos sobre las condiciones anormales del embarazo, del parto y de los días que siguen, para poder enseñar sus causas, medidas preventivas necesarias y diagnóstico, así como de los medicamentos que se imponen cuando se puede disponer de cuidados médicos eficaces y de las medidas a tomar en caso de urgencia.

Infección

Las Matronas representan un importante papel en las precauciones contra la infección de la madre y del hijo, cuando están bien formadas en este aspecto. Mis contemporáneas se acordarán de que no se nos iba de la imaginación la idea de la infección puerperal, antes de que aparecieran los primeros antibióticos, y que pedíamos confianza en nosotras para poder tomar medidas preventivas de acuerdo con nuestras prudentes técnicas de asepsia y antisepsia. Sabemos todas cuál es la amenaza de la infección neonatal, incluso hoy que estamos familiarizadas con los antibióticos, de los que nos servimos para su tratamiento. En consecuencia, está claro que será necesario para las estudiantes que quieran llegar a ser Instructoras-matronas, un estudio más profundo de las causas, medidas preventivas y tratamiento de la infección. Ellas pueden enseñar a sus alumnas en los hospitales modernos los medios que ahora proporciona la ciencia para la investigación y tratamiento de la infección, o simplemente pueden enseñar, especialmente en los programas de la Organización Mundial de la Salud, las medidas a tomar para evitar la infección de la madre y el niño por medios tales como lavarse las manos, tener ropas adecuadas, limpiar los ojos del bebé y el muñón del cordón umbilical.

La salud pública

Llegamos ahora a la educación de las Instructoras-matronas como trabajadoras de Sanidad. Se les hará darse cuenta de las amplias concepciones de la enseñanza de los principios de salud, de los progresos llevados a cabo para la realización de una sanidad positiva, y del avance de la sanidad llamada intelectual.

Tendrán que darse cuenta de la administración de los servicios nacionales de sanidad desde el plan del Gobierno central hasta el del Gobierno local, y sabrán cómo funcionan realmente estos servicios. Estudiarán las medidas tomadas para proteger la salud de la sociedad, tales como las que aseguran un agua potable, alimento sano, viviendas adecuadas, evacuación de inmundicias y control de las enfermedades infecciosas. Estudiarán igualmente los servicios sociales que aseguran el cuidado de los enfermos, retrasados mentales y físicos y de las personas de edad, así como los cuidados que se prestan a los niños descuidados o abandonados, a las familias necesitadas, a las madres solteras y a las personas atacadas de enfermedades venéreas o que tengan otros problemas sociales.

Contacto con los dispensarios

Las estudiantes que quieran llegar a ser Instructoras, tendrán, pues, que tener contacto con las clínicas y dispensarios para ver la enseñanza cotidiana que se hace allí, particularmente en lo que concierne a los cuidados relativos a la maternidad y a los niños, debiendo tratarse con Médicos y Enfermeras de Sanidad Pública, funcionarios que se ocupan de la protección moral de los niños, etc., y con los que se ocupan de la protección de los trabajadores de la industria.

Legislación

Habrán de conocer la legislación que trata de la enseñanza, inscripción de las Matronas y del control del ejercicio de la profesión, comprendiendo este último el cuidado a las mu-

jeres durante el embarazo y después del nacimiento, inscripción de nacimientos, de nacimientos de niños muertos con declaración de infecciones puerperales, nacimientos de prematuros, etc. Estarán igualmente al corriente de las condiciones de las subvenciones pecuniarias y de los centros de ayuda material de los que se pueden beneficiar las madres y los niños.

Alimentación

La enseñanza comprenderá un estudio más profundo de los principios de la alimentación, desde el punto de vista de los fisiólogos y de los Médicos especialistas en dietética. Las instructoras-matronas pueden enseñar así a sus alumnas cómo pueden aconsejar a las mujeres embarazadas sobre su alimentación, y cómo, gracias a su influencia, pueden ayudar a las madres de familia a emplear mejor los recursos de que disponen, tanto si ejercen en regiones que disfruten de buenas condiciones económicas como si lo hacen en otras en que dichas condiciones sean malas. Es bien conocido que la alimentación insuficiente va unida a presupuestos muy bajos y, por consiguiente, se encuentra en regiones donde funcionan los programas de la Organización Mundial de la Salud. Allí, las Matronas representan un papel muy activo, ampliando los conocimientos sobre los principios de la alimentación y dando consejos prácticos sobre la elección y preparación de los alimentos de la familia.

Extensas perspectivas sobre la salud

Es inevitable que los estudios sobre las cuestiones de salud abran amplios horizontes a las futuras profesoras. Las bibliotecas a las que tienen acceso les proporcionarán las publicaciones más modernas sobre los temas que tengan relación con los cuidados relativos a la maternidad y a los niños, para que estén en contacto no solamente con el plan nacional, sino también con el internacional.

Finalmente, verán, por decirlo así, la piedra de la enseñanza de la salud, precipitada en un pozo de posibilidades, y su peso inmediato sobre las mujeres embarazadas, los recién nacidos, la familia y, de rechazo, sobre toda la sociedad.

Principios de enseñanza

Los cursos de formación comprenderán especialmente la educación pedagógica, asegurándose al mismo tiempo que la ayuda de peritos en otros temas, la de los pedagogos y psicólogos. Las futuras Profesoras no aprenderán la forma de aplicar sus principios de enseñanza en su trabajo con las alumnas, de una manera exclusiva, sino que tratarán también de la psicología y métodos de propaganda por medio de la elocuencia, siendo tanto mejor si lo hacen con estudiantes de otras profesiones. Sería absurdo hacerlas aprender el gran estilo del arte oratorio, pero tienen que ser capaces de hablar fácilmente en público de una manera clara y firme. Aprenderán a organizar el trabajo de su clase, a fijar los horarios y a preparar y utilizar las ayudas e instalaciones de enseñanza de toda clase.

Las Instructoras-matronas pueden aprender a hacer una conferencia de una forma conveniente sin que por eso tengan que aprenderse todos los métodos de enseñanza, pero sus alumnas se beneficiarán de sus simples charlas si conocen los principios pedagógicos y si se los pueden dar a entender por los medios más beneficiosos para ellas.

Cuando logran resolver los problemas individuales, darse cuenta de los métodos buenos de enseñanza y comprender la necesidad de dejar pasar cualquier cosa, pueden enseñar adecuadamente por medio de cursos, repeticiones y demostraciones individuales. La enseñanza práctica es vital para su éxito, debiendo observar a las personas expertas y adquiriendo la práctica que es tan necesaria.

Valor de las Matronas que enseñan

Aunque la buena formación de la Matrona depende de los esfuerzos combinados de los Maternólogos, Pediatras y otras personas, nadie aporta una contribución mejor que la instructora, pues es a la vez Matrona. Tienen que tener verdadera experiencia en el ejercicio de la obstetricia, conocimientos sobre los principios de sanidad en el sentido más amplio de la palabra, y que estar bien formadas para poder enseñar estos temas con competencia.

Si las Matronas que se dedican a la enseñanza están instruídas de la mejor manera posible, las estudiantes de Matrona con las que están en contacto constante podrán llegar a ser los apóstoles de la salud y la higiene, de los que el mundo tiene hoy día una necesidad esencial.

Discusión

Mrs. Sebastiany (Brasil): Quisiera preguntar a miss Fensom lo que entiende por Enfermera-matrona. Nosotras, las Matronas del Brasil, no aprobamos la tendencia a confundir las dos profesiones, opinando que la profesión de Enfermera y la de Matrona son dos profesiones diferentes.

Miss Fensom contesta: "Me alegro muchísimo de responder, porque creo que la persona que me ha preguntado y yo pensamos exactamente lo mismo; no recuerdo haber empleado la expresión "Enfermera-matrona", pero creo que no es más que una cuestión de interpretación. Mientras que en algunos países, como el vuestro, los estudios de Matrona comienzan por la obstetricia, otros dan una enseñanza básica de Enfermera antes de la enseñanza obstétrica. En Gran Bretaña, por ejemplo, las Matronas son Enfermeras diplomadas que han hecho estudios de obstetricia; son Enfermeras-matronas, pero cuando practican la obstetricia, se llaman a sí mismas Matronas."

Miss Humphreys (Gran Bretaña): Dice que quisiera añadir a la lista de las cualidades importantes precisas para ser Instructora-matrona, el entusiasmo por el tema. Si no tiene entusiasmo, no lo puede comunicar a sus alumnas y no las hará entusiastas. El entusiasmo se debe transmitir del Profesor al alumno, que eventualmente será llamado a enseñar a otras generaciones.

Miss Marta Olivos (Chile): Dice que le ha interesado enormemente la comunicación de miss Fensom. Las Matronas de Chile han luchado por tener un Colegio de Instructoras-matronas, y se pregunta si la Matrona debe recibir educación de Profesora o si debe haber un Cuerpo especializado a este efecto.

Miss Fensom responde que la Matrona es la persona que conviene para enseñar; hace falta una verdadera Matrona experimentada que durante algún tiempo haya tenido una formación pedagógica.

(25 de junio. Mañana)

ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL EMBARAZO

Doctora ELIZABETH TYLDEN (Gran Bretaña):

Al venir a Estocolmo, me he dado cuenta del hecho de que, según veo, soy la única persona de las aquí reunidas que ha nacido en Africa del Sur. Esto significa que ayer me han interesado particularmente las discusiones que trataron de la enseñanza de la obstetricia en los países menos favorecidos desde el punto de vista económico, y también que ésto me da ocasión para decir, en nombre de millares de mujeres sudafricanas, que estamos plenamente de acuerdo con la postura del Gobierno de Africa del Sur, en relación con las Enfermeras.

Ayer han preguntado las delegadas a las conferenciantes cuál era la mejor manera de animar a las jóvenes a presentarse al diploma de Enfermera en los países en los que la instrucción está menos desarrollada. Creo que la Unión de Africa del Sur ha demostrado lo que no es preciso hacer, ya que el pasado año las pocas Enfermeras del hospital de Baragwneth han sido recibidas las primeras a sus exámenes preliminares por la Unión de Africa del Sur; la Prensa no ha hecho en absoluto publicidad de ésto y, por consiguiente, ¿por qué habría que animar a las jóvenes no europeas a emprender estudios de Enfermera, si es ésta la clase de tratamiento que les está reservada?

Pero me dirijo a un público compuesto de Matronas y no de Enfermeras, y tengo que volver a mi tema.

Desde luego, soy una intrusa en este terreno, ya que esencialmente soy psiquiatra y me alegro mucho de ver que en el programa hay otra charla hecha por un colega. No quiero hablaros de las mismas cosas que él, pero me gustaría deciros enérgicamente, con las conferenciantes de ayer, que los casos no-

tables en psiquiatría debidos al alumbramiento, constituyen un problema que bien vale la pena tengáis presente.

En nuestro país, contamos con que cuatro mujeres de cada 1.000 se vuelven locas durante el embarazo. Nadie sabe la cantidad de mujeres que están verdaderamente inquietas y nerviosas durante el embarazo, pero yo lo sé porque, durante los últimos ocho años, he trabajado en maternidades de hospitales.

En el Hospital Colegio de la Universidad hay 1.200 partos por año. Yo veo al 10 por 100 de todas las madres que acaban de recibir cuidados en el hospital durante el período prenatal y me doy cuenta de que sus sufrimientos provienen de condiciones diversas, sobre las cuales me gustaría llamar vuestra atención.

En primer lugar, las enfermedades psíquicas de las mujeres embarazadas, no se revelan simplemente por enfermedades o neurosis mentales. Ciertas molestias psíquicas durante el embarazo, engendran igualmente condiciones especiales desde el punto de vista obstétrico y se os hace ver que dichas condiciones son puramente físicas. Por ejemplo, en el Hospital Colegio de la Universidad, una proporción mucho mayor de enfermas que la que se encuentra habitualmente, ha tenido toxemia (me disculpo por no estar a la moda, debería haber dicho preeclampsia), e igualmente veo una gran proporción de casos anormales no atendidos.

Por otra parte, a menudo se cree que los vómitos durante el embarazo tienen origen psíquico. Esto es cierto en la hiperemesia, pero en los casos que he seguido y señalado durante estos últimos ocho o nueve años, desde el punto de vista estadístico, no he tenido más mujeres atacadas de vómitos en mi servicio de neurosis, que en los otros servicios del hospital en el que trabajo. Os concedo que, efectivamente, la hiperemesia es un accidente psíquico, pero no los vómitos fisiológicos ordinarios del embarazo, aunque dichos vómitos fisiológicos se puedan atribuir a dificultades que están muy extendidas en nuestra población.

En segundo lugar, las que tienen neurosis pueden muy bien criar a sus hijos; su leche es tan buena como la de las otras mujeres cuidadas en otros servicios; en efecto, a veces en mi servicio el número de mujeres cuya leche era completamente perfecta para el niño era más elevado que en los otros servicios del hospital. También, aunque como sabéis bien surgen dificultades psicológicas en relación con la lactancia, el hecho

de su fracaso no es precisamente el que las mujeres padezcan neurosis.

Por otra parte, en el momento del parto en sí, hay ciertas distancias que tienen indudablemente un origen psicológico. Uno de ellos es el parto demasiado largo, llevándonos ésto a la sesión de ayer. Encuentro muy interesante el que en las mujeres de la tribu de los Basutos —tribu africana que vive en la región de Africa del Sur, en la que me he criado— el parto no duraba jamás demasiado tiempo, hasta el momento en que vinieron a dar a luz en los hospitales europeos.

Además, cuando trabajábamos sobre los partos largos en el Hospital Colegio de la Universidad, nuestros corresponsales de Hong Kong nos decían que dichos partos eran desconocidos entre las bateleras de dicha ciudad, y creo que lo mismo ocurre en otras civilizaciones.

Pero ésto me lleva a un punto que, según creo, da lugar a controversias. Es muy importante cuando enseñamos obstetricia, el dar a conocer los principios de limpieza en todo aquello que, según nuestros conocimientos, es necesario desde el punto de vista quirúrgico para ayudarnos en nuestro trabajo con las mujeres en el momento del parto. Pero, al enseñar todo ésto, ¿es acertado rechazar todas las tradiciones que rodean el nacimiento? Mi yerno, que es estudiante de Medicina, no le gustaba la obstetricia hasta el día en que encontró una mujer chipriota de nacimiento; no entendía ni una palabra de lo que decía, ni ella le entendía a él. Me dijo: "Hasta entonces, el trabajo del parto me había parecido sin sentido, pero la mujer en la segunda fase del parto, se puso a cantar cánticos tradicionales, nos apartó y dió a luz a su niño de la forma que, según yo, deberían nacer todos los niños."

Por consiguiente, ¿sería acertado estudiar ciertas tradiciones que rodean el nacimiento en otras civilizaciones y ver si no podemos adaptar una u otra a nuestros propios hábitos?

Esto me conduce a hablar de lo que se llama "parto natural", del que se ha oído hablar vagamente ayer en esta sala, pero cuya envergadura no se ha desplegado ampliamente hasta aquí. He comenzado a trabajar en maternidad para estudiar el alumbramiento natural con mi propia experiencia: "habiendo tenido dos hijos", y con la de mi formación psicológica.

Varias cosas me han sorprendido desde que comencé a leer libros relacionados con el asunto y a observar el curso del parto natural. Pero lo que más me ha admirado es que el alumbra-

miento es el momento de la vida de la mujer que la hace adulta, responsable de la vida de otra persona, de su salud física, crecimiento y desarrollo intelectual. En todo ésto es verdaderamente muy importante el que se le permita bastarse a sí misma siempre que lo desee.

Ahora, uno de los manuales de obstetricia pasados de moda que he leído cuando era indudablemente la peor alumna de obstetricia que ha trabajado en el Hospital de las Madres del Ejército de la Salud, era un célebre manual americano. En él se mostraba siempre a la madre como una persona enteramente pasiva, envuelta en ropas blancas, en posición de litotomía, y a la que el cirujano se aproximaba con tales precauciones de esterilización que incluso llevaba el estetóscopo fetal constantemente fijo a la cabeza para rozar lo menos posible la piel del abdomen de la enferma. Ciertamente, una de las razones por las que son necesarios hoy día los cursos sobre el "parto natural", es que en nuestra investigación de la asepsia, que es extremadamente importante, hemos hecho de la mujer una cosa completamente pasiva, algo así como la cera que moldeamos en nuestros dedos en el momento del parto, algo que ya no tiene control de su propio destino ni el de su niño.

Esta postura ante la obstetricia, según sabéis, ha sido ya criticada por Platón y por Sócrates. No obstante, las cualidades de una buena Matrona deberían ser el haber tenido hijos para comprender por lo que pasaban sus enfermas.

Actualmente, en Gran Bretaña, cuando hablo ante una asamblea de Matronas, cerca de la mitad del auditorio ha tenido hijos y creo que esto ocurre en el mundo entero. Pienso que nuestras facilidades pedagógicas modernas no hacen esto necesario para el ejercicio de la obstetricia y pienso incluso que ciertas experiencias de circunstancias desfavorables o, por el contrario, demasiado favorables en el momento del nacimiento, podrían en efecto hacer difícil para una mujer el practicar la obstetricia de una manera satisfactoria, aunque no esté precisamente de acuerdo con Sócrates en la proporción de 100 por 100 en este aspecto.

A continuación decía que deberían ser de edad madura para que estén suficientemente apartadas de la situación y tratar las dificultades de su enferma de forma objetiva.

Y, finalmente —y pienso que éste es el punto más importante de todos—, dice que no deben perder de vista el hecho de que el niño que va a ver la luz no es su propio hijo, sino el de

otra persona, y que su trabajo consiste en ayudar a esta otra persona a adaptarse bien, no sólo para dar a luz, sino también para criar al niño lo mejor posible.

Esta última afirmación de Sócrates os la recomiendo mucho porque es un punto importante no sólo para las Matronas, sino también para todas las que trabajan por la salud de los niños. Incluso cuando se dirigen niños, se experimenta a la vez un gran afecto por uno determinado y entonces hay que prestar una gran atención en no usurpar el lugar de la madre cerca de este niño.

En la sesión de ayer hemos oído algunas referencias sobre los distintos países de los que procedían las conferenciantes: me gustaría igualmente hablaros un poco de Gran Bretaña, el país en el que trabajo.

Desde luego, trabajo casi únicamente en el Servicio Nacional de Sanidad. Y estoy muy orgullosa de ello, porque considero que nuestro Servicio Nacional de Sanidad ha ofrecido ventajas considerables a las mujeres que iban a dar a luz y a los enfermos de todas las clases sociales de nuestro país.

Ha reducido a la mitad la mortalidad entre los niños ilegítimos, porque las madres solteras, en la actualidad, están mejor protegidas que antes y no surgen tragedias porque no tengan medios para hacerse cuidar adecuadamente. Es cierto que habíamos tenido ya buenos servicios privados, pero el actual, según mi criterio, es muchísimo mejor en todos los aspectos.

Pasemos ahora a la cuestión de saber si son o no las Matronas las que hacen los partos.

En 1955 ha habido 665.000 nacimientos de niños vivos en Inglaterra y País de Gales. Las Matronas han asistido al 98,7 por 100 de los partos, de los que el 64 por 100 han tenido lugar en el hospital y el 36 por 100 en el domicilio. De los 239.000 partos en el domicilio, atendidos por Matronas, ha habido 191.000 en los que el Médico no asistió al alumbramiento. Esto significa que en nuestro país, son las Matronas las que tienen mayor responsabilidad en los partos y particularmente a domicilio.

Uno de los principales problemas de los países en los que un gran número de partos se llevan a cabo en el hospital, lo constituye las dificultades que provienen del propio ambiente del hospital. Mi opinión personal, dado que trabajo en hospitales, es que, desde el punto de vista físico, el hospital es más

seguro, pero que desde el punto de vista psíquico, a menudo es más fácil, en condiciones satisfactorias, realizar el parto en el domicilio. Parece probable que en los hospitales en donde se reproducen lo más fielmente posible las condiciones del parto en el domicilio, son los que obtienen mejores resultados desde el punto de vista psíquico.

Ahora bien, ¿qué condiciones son más satisfactorias en el domicilio que en el hospital? Desde luego se tiene menos miedo en la propia casa y en un ambiente familiar, experimentando ésto sobre todo las personas tímidas. En segundo lugar, se está cuidada por una mujer y, admirando mucho al maternólogo, hay que considerar la importancia de la prueba por la que pasan un montón de mujeres yendo a consultar a un hombre y haciéndose examinar por él; para ésto es necesario estar preparada.

Otra cosa favorable para el parto en el domicilio es que, generalmente, la enferma conoce a la Matrona desde el comienzo del embarazo y la considera un poco como amiga.

Otro factor importante es que la madre que ha tenido su hijo en casa, si es de condición social acomodada y tiene una buena ayuda doméstica, es el centro de la escena. Esto no es una mala cosa y, evidentemente, ayuda a atravesar la prueba. No se separa de sus hijos, y su marido puede desempeñar un papel ayudándola y cuidándola. En algunos hospitales de Inglaterra, se ha demostrado por experiencia que muchos maridos pueden ser útiles durante el parto.

Veamos ahora cuáles son las dificultades del hospital. Hay una que provoca sobre todo en los hospitales en que hay Profesores, y que proviene de la educación que han recibido las mujeres de la sociedad en que vivo, un gran problema. Se debe a que dicha educación quiere que las mujeres conserven cubierto el cuerpo y, sobre todo, que no expongan jamás en público las partes inferiores de él.

Si van a un gran hospital en el que los servicios están dirigidos por Profesores, se les ordena que se desnuden en parte ante un gran número de hombres y son examinadas por varios de ellos. Pienso que deberíamos darnos cuenta que, en efecto, es una prueba para las mujeres, para la que deberían estar preparadas. El hecho de que estén embarazadas no quiere decir que sepan muchas cosas, y recordad que en las salas de espera de los hospitales la cuestión del examen se discute constantemente por las enfermas.

Otra cosa inevitable es que, a excepción de un pequeño número de hospitales, en los demás las enfermas pasan de un servicio a otro como fardos. Ven por primera vez a la vigilante de la sala de trabajo y no conocen a los Médicos que están de servicio en el momento del parto. Me parece que todos los hospitales deberían velar atentamente porque ésto no ocurra y porque las enfermas estén familiarizadas con las personas que las van a atender durante el parto, ya que es éste un momento en el que tienen una necesidad particular de ser ayudadas por personas familiares.

Hay otras dificultades que sobrevienen del parto en el hospital y de las que se ha hablado algo en este Congreso. Provienen del equívoco concerniente a saber hasta qué punto las Matronas pueden ser responsables de cuestiones de estatutos. Estas cosas están en el aire, y si en el ejercicio de la obstetricia a domicilio las Matronas tienen una importancia suprema, en el hospital forman parte, inevitablemente, de un equipo. Estoy segura de que éste es un problema internacional.

Es difícil ser buena "équipière" cuando la persona que os va a vigilar sólo es diplomada desde hace un año, mientras que vosotras practicais la obstetricia desde hace veinte.

Creo que hay ciertas dificultades que surgen en el hospital porque en lugar de que una Matrona sea personalmente responsable de la enferma, forma parte de una jerarquía de Matronas de las que cualquiera que tenga más edad puede, en el momento que le plazca, destruir su prestigio cerca de la enferma.

Otro punto que provoca dificultades proviene del hecho de que son en realidad subordinadas y, en el hospital, necesariamente subordinadas a los Médicos que puede que estén aprendiendo aún su oficio. Y en esta situación tienen verdadera necesidad de mostrarse "mujeres sabias", pues es una situación que exige gran delicadeza. De lo contrario, el Médico y la Matrona sufren. La verdadera víctima es la enferma; su sensación de seguridad desaparece cuando ve el desacuerdo entre los que la cuidan; es la que se asusta cuando se da cuenta de las dificultades de su alrededor.

Otra dificultad que sobreviene en los partos en el hospital, proviene del hecho de que en muchos hospitales dejan a las enfermas completamente solas durante el trabajo. Pienso que importa poco que se hayan tenido ya varios niños, y que uno de los principios esenciales de un buen parto es que la en-

ferma tenga siempre a alguien cerca de ella, y no ya a alguien que responda a la llamada de un timbre, porque por severa que sea la administración de un hospital, no se puede contar siempre con una persona ya muy ocupada para responder a una llamada discreta, sobre todo si se sabe que a la enferma no le pasa nada urgente.

He leído todos los excelentes documentos que nos han sido suministrados para el Congreso sobre la formación de las Matronas, y hay determinadas cosas que me gustaría se añadieran al programa de estudios de las Matronas. Una de ellas es la buena comprensión de los principios psicológicos.

Los psicólogos saben muchas cosas de la forma de funcionamiento del cuerpo del enfermo: saben, por ejemplo, que el miedo puede producir una contracción del perineo en el momento del parto. Nosotros también sabemos muchas cosas de las causas de un parto demasiado largo. Sabemos que la tensión arterial aumenta cuando están asustadas, etc.

Se deberían enseñar estos principios a todas las Matronas.

Igualmente, debería haber otra cosa muy importante. Desde el primer curso, habría que esforzarse en llevar a la Matrona a comprenderse a sí misma y a comprender las funciones de su cuerpo. ¿Por qué? Porque puede ser que muchas de las situaciones delicadas entre la enferma y la Matrona, provienen de que ésta está inquieta por cuestiones personales, tales como problemas sexuales, etc.

En el programa de estudios de las Matronas, debe haber cursos sobre las relaciones humanas y sobre la sexualidad, no sólo desde el punto de vista funcional, sino también desde el punto de vista psíquico, en su relación con la fundación de un hogar. Esto, a mi entender, es esencial.

Si se les da a las Matronas la instrucción suficiente, estoy segura de que muchas dificultades psicológicas que encuentran sus enfermas pueden ser resueltas.

Discusión

Miss Gannon (Gran Bretaña): Dice que según su experiencia personal de Matrona de la maternidad de un gran hospital, algunos maridos han ayudado mucho con su presencia durante el parto; han compartido con su mujer el momento penoso

de él y han sentido un gran alivio en el momento del nacimiento; han participado verdaderamente del punto culminante de la vida conyugal y del amor. Por otra parte, sobre todo entre los muy jóvenes, no permanecen siempre sentados para ayudar a su mujer, sino que observan el proceso del parto. Así pues, miss Gannon piensa que no se puede valorar la presencia del marido más que según los casos individuales.

Miss Marta Olivas (Chile): Pregunta a la Doctora Tylden si podría citar algunas estadísticas en relación con el 80 por 100 de casos practicados por Matronas —¿se hacen completamente fuera de la vigilancia del Médico?— y cuál es la media de mortalidad.

La Doctora Tylden responde que no podría decir cuál es la media de mortalidad, pero que de 665.000 partos, 239.000 hechos a domicilio, han sido llevados a buen término por Matronas y que en el 80 por 100 de éstos, el Médico no ayuda al nacimiento. La Doctora Tylden dice asimismo que no tiene razón para creer que la mortalidad sea mayor en los casos en los que las Matronas son las responsables.

Discusión (Suiza)

Madame Jay (Francia): Pregunta si las mujeres de Suiza que tienen su hijo en casa se preparan para el parto psicoprofiláctico.

Añade que ha sido en Francia en donde se ha aplicado por vez primera el método Pavlov.

Mademoiselle Paillard responde que, en Suiza, la mayor parte de los partos tiene lugar en los servicios hospitalarios, pero que, sin embargo, hay partos en el domicilio y que, en estos casos, las Matronas se ocupan de la preparación y dirección de los mismos.

Madame Bibas-Lafargue (Marruecos), dice que las Matronas marroquíes se apasionan por la preparación psíquica del parto de la que se ha tratado en el primer Congreso que han tenido en 1952. Que desean permanecer en contacto con las nuevas técnicas, habiendo ido algunas de ellas a París para aprender el método Pavlov, aplicándolo una veintena de ellas; algunas en Casablanca, otras en Rabat, dos en Fez, una en Safi y otra en Agadir. Los métodos se aplican sobre todo entre las euro-

peas, aunque las marroquíes, árabes y judías, se van beneficiando poco a poco de ellos.

Madame BIBAS-LAFARGUE dice que ha organizado cursos en francés y árabe y que se ha sentido animada por los resultados. Hace alusión a las condiciones de Marruecos y dice que hay un 84 por 100 de mahometanos. Las tradiciones orientales se observan siempre y la mayor parte de las mujeres son tranquilas, pasivas y están dispuestas a llevar con paciencia sus penas. Se casan muy jóvenes y por ello tienen generalmente confianza en las Matronas, siguiendo sus enseñanzas.

Madame BIBAS-LAFARGUE habla finalmente de los nómadas y dice que sus mujeres parecen tener sus hijos naturalmente y sin temor. La nómada se retira simplemente a un oasis, tiene su hijo y continúa el trabajo con su marido llevando al recién nacido a la espalda.

Miss ROY (India), hace alusión a las tres exposiciones de la mañana y piensa que a las congresistas les interesaría el Grupo de enseñanza que se da en la India. Desde luego se han abierto centros de protección maternal e infantil por el servicio médico femenino, y aunque la actividad de dicho servicio haya cesado en 1947, han permanecido dichos Centros, adquiriendo importancia y extensión. En un principio sus funciones consistían en repartir leche y en disponer de Médicos para las indias que en aquel momento rehusaban dejarse examinar por ellos. Actualmente, dichos Centros no sólo distribuyen leche, sino también hierro y vitaminas, y organizan cursos sobre los principios de alimentación. Esto, naturalmente, es un gran problema para la India, en donde no se come nada de carne. Se le da ahora cualidades fortificantes al arroz, que es el alimento principal en Bengala, añadiéndole una mezcla de hierro y vitamina B. La señorita ROY dice que la anemia en dicha ciudad es aún la principal causa de mortalidad.

Miss WOOD (Gran Bretaña), pregunta al Profesor Louset sobre la organización de los cuidados principales en Noruega; pregunta cuándo se examina a la mujer embarazada en la clínica; cuándo se hacen estos exámenes por Médicos y cuándo por Matronas. Miss WOOD dice que a lo mejor a las congresistas les interesaría saber lo que hay sobre ésto en Gran Bretaña, particularmente en lo que concierne a la toxemia durante el embarazo, que es actualmente una de las causas más importantes de mortalidad de madres jóvenes, de nacimientos de niños muertos y de prematuros.

Queremos que todas las mujeres se hagan examinar una vez al mes hasta el séptimo, una cada quince días en el octavo y una por semana hasta el momento del parto, haciéndose estos exámenes clínicos por Médicos y Matronas. Estas, toman la tensión arterial, analizan la orina y presentan a las enfermas en las clínicas prenatales. La mayor parte de las mujeres acuden al Médico, que las debe examinar por lo menos dos veces durante el embarazo y que, naturalmente, lo hace más a menudo. Las Matronas tienen la responsabilidad de cuidar de que las madres se sometan a dichos exámenes, y, cuando en un examen, sospechan un caso anormal, deben hacer examinar a la enferma por el Médico de servicio. Miss WOOD pregunta si funciona el mismo sistema en Noruega.

En contestación, el Profesor LOUSET dice que cree que los sistemas inglés y noruego son parecidos en lo de que el control se hace todos los meses hasta el octavo, después cada quince días, y todas las semanas en el noveno mes. Antes, estos exámenes no los hacían las Matronas sino los Médicos, pero poco a poco van participando en ellos. Actualmente se han creado Centros en los que trabajan las Matronas, y se espera que ellas traten los casos normales, dejando solamente los casos patológicos para los Médicos.

Miss DA SILVA (Brasil), dice que en el Brasil, la preparación psíquica del parto se practica desde hace algún tiempo lo mismo en las maternidades que en el domicilio, gracias a los trabajos del Profesor LAMAZE de Francia. Las mujeres embarazadas del Brasil tienen derecho a que se les dé en el hospital un curso especial de psicoprofilaxis.

Mademoiselle CANTONI (Italia), dice que como miembro del equipo del Profesor Galvovatti, que practica dichos métodos, apoya plenamente las observaciones de mademoiselle PAILLARD, y dice que las Matronas italianas, igualmente, tienen verdadero interés por esta enseñanza.

G. FAYEN (Argel), dice que las Matronas argelinas consideran que las mujeres se benefician de la cultura física tanto como de la preparación psicológica. Se ve que las mujeres indígenas que tienen tendencia a ponerse en cuclillas incluso para comer, dan a luz sus hijos fácilmente. La señorita FAYEN está segura de que hay muchas menos roturas perineales cuando las mujeres se preparan para el parto por ejercicios que comprenden posiciones en cuclillas.

Miss PILAR GALVAN (Chile): Comenzamos a hacer algo de

psicoprofilaxis con las mujeres en los hospitales públicos, mientras que antes sólo la hacíamos en nuestras consultas particulares. Quisiera saber si ésto se puede hacer para todo el mundo. ¿Es más fácil preparar un parto sin dolor en la persona que tiene un nivel cultural más elevado que en la que su nivel es inferior? ¿Depende esta preparación del nivel cultural de la persona? ¿Están más dispuestas las personas instruídas a este tipo de preparación? Parece ser que sí. En contestación, la señorita PAILLARD, dice que encuentra que las mujeres más instruídas son más fáciles de preparar. El descanso o contracción de un músculo puede ser difícil y, por esta dificultad, las mujeres, a veces, se cansan a mitad del curso. Otras, no obstante, aun siendo muy ignorantes, comprenden el método inmediatamente sin que haya necesidad de una gran preparación y sacan fruto de él.

La señorita ELIZA DORADO (España), dice que los métodos de psicoprofilaxis se utilizan en España con excelentes resultados. Dice asimismo que les podría interesar saber a los miembros del Congreso que ha sido una Matrona española, Consuelo Louisa, la que ha escrito el primer libro sobre el parto sin dolor, utilizándose este libro por casi todas las Matronas españolas y habiendo sido adoptado después por los Médicos.

Miss HOGAN (Estados Unidos), dice que tanto Enfermeras como Matronas están convencidas de la importancia de la preparación psíquica y física para el parto. En los Estados Unidos es difícil convencer a los administradores de su importancia y de que se den cuenta de los resultados obtenidos. Miss HOGAN pregunta a mademoiselle PAILLARD cómo valora ella la proporción del 25 por 100 de los excelentes resultados de los que ha hecho mención, preguntándole igualmente lo que considera como fracaso desde el punto de vista de la madre o del Médico. En contestación, mademoiselle PAILLARD dice que la proporción del 25 por 100 es la de los éxitos completos, valorados según las Memorias escritas por las madres después del parto, y que la del 25 por 100 de resultados buenos se ha valorado de una manera parecida por los escritos de las madres que han sentido algún dolor en las últimas contracciones.

Mademoiselle BURDETT (Nueva Zelanda), dice que hace un centenar de años, las Macris daban a luz fácil y naturalmente, pero que la influencia de la civilización ha originado un cambio. Manifiesta asimismo que el 98 por 100 de los partos se efectúa en el hospital y que la solución al problema producido

por esta novedad podría resolverse combinando los del hospital y los del domicilio. La señorita BURDETT es de opinión que instruyendo a las adolescentes de las cuestiones relativas a la maternidad se las incitaría a llevar una vida más amplia, cosa que podría tener buena influencia para el embarazo.

El Profesor LOUSET, en respuesta a mademoiselle BURDETT, dice que en su Hospital se esfuerzan en crear incluso la misma atmósfera de la casa. El niño permanece con la madre después del parto, hasta el momento en que vuelve a su domicilio, siendo la única cosa imposible el hacer que la sala de partos se asemeje a la habitación familiar.

Mademoiselle STAVNEN (Noruega), dice que según su criterio es una buena cosa el que el parto comience por dolores, pues de otra forma sería difícil saber cuándo ha comenzado. En lo que concierne a la educación de la madre, la señorita STAVNEN se da cuenta de que es muy útil el enseñar a la madre los medios que se van a emplear para que dé a luz. La señorita STAVNEN divierte al Congreso insistiendo en el hecho de que la madre no debe olvidar al marido por concentrarse en el hijo.

Madame POUVREAU (Francia), dice que en Francia se utilizan dos métodos para el parto sin dolor: el del Doctor LAMAZE, especialmente psíquico, y otro que comprende a la vez una preparación psíquica y física. Las madres no hacen una verdadera gimnasia, pero se les enseña a aflojar los músculos, particularmente los del perineo, y a hacer ejercicios físicos tales como los destinados a activar la circulación sanguínea de los miembros inferiores. En Francia, dice madame POUVREAU, son las Matronas las que practican estos dos métodos.

PROBLEMAS PSIQUICOS QUE SURGEN POR EL EMBARAZO O PROBLEMAS DE PSIQUIATRIA EN RELACION CON EL

Doctor GUNNAR AF. GEIJERSTAM (Suecia):

La rápida disminución de los riesgos de la madre y el niño en el momento del parto, muestra indudablemente un cuadro particularmente claro de la evolución de la Medicina. La semana que rodea su nacimiento, es sin duda la más peligrosa de la vida de un ser humano, pero aquí y allá ha bajado tanto la curva de mortinatalidad, que actualmente se puede considerar la situación de una forma satisfactoria.

Naturalmente, hay aún problemas que no han sido resueltos, pero los Médicos y sabios del mundo entero les consagran una atención profunda. Pienso sobre todo en la prevención de los partos prematuros y en el cuidado a los niños prematuros, así como en las toxemias del embarazo y en las complicaciones que surgen durante el mismo y en el parto.

El problema de los nacimientos prematuros es particularmente importante, porque son la causa de la mitad de los casos de mortinatalidad. Este problema fué considerado por los Estados Unidos como uno de los más importantes, cuando su Gobierno, en 1955, concedió subvenciones para las atenciones del cuidado de las madres.

Al estudiar este tema, he descubierto algo interesante. Que el problema de la higiene mental es igualmente muy agudo en el campo de los cuidados relativos a la maternidad, resumiéndolo así el informe anual del "Bureau de l'Enfance":

"Los pasos más importantes que deben actualmente realizar los cuidados relativos a la maternidad, consisten en ver la importancia de la psicología del embarazo, y la competencia necesaria para afrontar los problemas de él; en lanzar un desafío serio al personal del Estado y a los programas regionales de protección maternal e infantil para que apliquen nuestros co-

nocimientos de higiene mental del embarazo a los cuidados relativos a la maternidad."

En otros muchos países se encuentra esta tendencia en el programa de los citados cuidados, pudiéndosela definir en la siguiente fórmula ligeramente diferente: mientras que en otro tiempo las Matronas y maternólogos se ponían muy contentos cuando triunfaban haciendo nacer a un niño sano sin alterar la salud física de la madre, ahora, cada vez más, se comienza a mirar más allá y a darse cuenta de que nunca se le concede demasiada importancia a los cuidados mentales durante el embarazo, pues la salud física de la madre es la base de las relaciones armónicas entre ésta y el niño.

Actualmente, se admite en general que estas relaciones tienen una importancia fundamental en el desarrollo psíquico del niño. Tal vez convendría citar el nombre de John Bowley a propósito de las investigaciones que demuestran la influencia positiva y favorable que puede tener en el desarrollo de la personalidad de un niño, el contacto continuo, íntimo y caluroso entre la madre y el hijo. Por otra parte, conocemos los efectos nocivos de las relaciones interrumpidas debidas a la ruptura del contacto, separación completa o debilitación de este contacto, a consecuencia de la mala salud de la madre.

Estos hechos muestran innegablemente, según dijo alguien, que "la profesión obstétrica se encuentra encargada repentinamente de una tarea de importancia abrumadora". Las enfermedades psíquicas y nerviosas parecen hacer constantes progresos y sólo en algunos casos ha sido posible contener este aumento. Hasta cierto punto, la reponsabilidad se ha atribuído a un grupo profesional que, en muchos casos, ignora que debe representar ese papel y que, en todo caso, no ha recibido formación alguna que le permita representarlo. Esto se aplica a las Matronas y a los Médicos que se especializan en obstetricia. Ante todo, quisiera subrayar la importancia de los cuidados relativos a la higiene mental de las futuras madres, contando igualmente con un futuro lejano. En este aspecto, los cuidados relativos a la higiene mental presentan ciertas características que, en cierta forma, los hacen más fáciles de practicar.

En todos los países, actualmente, se hace un esfuerzo que tiende a ampliar los cuidados de profilaxis maternal para obtener que las mujeres embarazadas dominen desde cuando sea posible su embarazo. Igualmente, en los que los cuidados relativos a la maternidad están bien organizados, casi todas las mu-

jeres embarazadas se someten a la profilaxis y a las consultas, incluso desde el punto de vista de la higiene mental.

Si el primer examen médico tiene lugar muy pronto al comienzo del embarazo, es posible aplicar los métodos profilácticos durante seis o siete meses, hacer los diagnósticos y aplicar rápidamente una terapéutica. Por otra parte, este período es generalmente demasiado corto, y psíquicamente demasiado agitado, para permitir un tratamiento psicoanalítico.

Así, la mayoría de los psicoanalistas rehusan hacer un tratamiento prolongado antes de que se haya adquirido un cierto equilibrio ante la nueva situación, siendo una de las ventajas de los cuidados mentales en el momento del embarazo y del alumbramiento el hecho de que las enfermas permanecen en observación en el período en el que están más duramente agotadas, es decir, durante el parto y el período puerperal.

Por lo tanto, el embarazo, el parto y el período puerperal, exigen un esfuerzo en el campo de la higiene mental. Es de la mayor importancia utilizar esta ocasión lo mejor que se pueda. Pero para ver dónde y cuándo se debe hacer, es necesario, naturalmente, conocer las diferentes molestias psíquicas, así como sus causas.

Hipócrates pensaba que las molestias psíquicas en el período puerperal, constituían un grupo especial de enfermedades, y afirmaba que estaban producidas por la desviación de la leche hacia el cerebro o por un aflujo repentino de sangre al pecho. Nosotros encontramos una idea parecida, aunque más moderna, en la afirmación de los Médicos, Matronas y profanos, de que la causa real de estas enfermedades es un reequilibrio hormonal en el momento del parto.

Actualmente, las depresiones y esquizofrenias son las formas más frecuentes de psicosis, siendo la única cosa en común de las psicosis puerperales, incluso después del alumbramiento, el hecho de que todas sobrevienen tras el parto.

¿Cómo se puede explicar esta acumulación de molestias psíquicas graves en el momento del parto?

La idea primitiva de que enfermedades como la esquizofrenia eran hereditarias y, por consiguiente, inevitables e incurables, ha dejado paso actualmente a la idea de que no son las enfermedades en sí las hereditarias, sino el estado de predisposición a dichas enfermedades. Son las influencias exteriores y la forma en que reaccionan los individuos, las que determinan las crisis. La manera de reaccionar de los individuos depende

de ciertas condiciones hereditarias, pero, sobre todo, de las influencias exteriores y de las relaciones con los seres más próximos, durante la primera infancia, pareciendo tener una importancia predominante las relaciones con la madre.

Poco a poco, el desarrollo de la personalidad y la estructura de la misma, deciden las reacciones que tendrá una persona ante la prueba del embarazo y de la maternidad. Si hay predisposiciones ocultas a la psicosis, puede ser que la tensión y el agotamiento físicos se hagan tan fuertes que tiren la muralla que durante mucho tiempo impidió que se manifestaran las molestias psíquicas.

Las psicosis puerperales no son muy frecuentes. Puede haber un caso entre un millar de partos. Pero en general, su desarrollo y manifestación muestran unas características tan sorprendentes que no podemos dejar de notarlas. Si se hacen investigaciones para determinar el momento en que las mujeres que padecen molestias psíquicas caen realmente enfermas, es sorprendente ver que con muchísima frecuencia ocurre en el momento del parto. Si los Maternólogos y las Matronas no se dan cuenta de ésto rápidamente, es porque probablemente tras el parto pierden el contacto con la enferma y los síntomas de las enfermedades psíquicas se infiltran lentamente y no se pueden notar hasta más tarde.

Los pocos casos que presentan molestias psíquicas más marcadas tienen consecuencias tan graves, que hay que hospitalizar a las enfermas.

Hargreaves los ha descrito como "síntomas evidentes y manifiestos de un grupo mucho más importante de problemas psicológicos asociados al nacimiento que, igual que la masa principal de un "iceberg", no se ven fácilmente".

Estas deficiencias psíquicas extremadamente frecuentes, que no presentan características exteriores notables, a menudo no conducen a las enfermas a visitar al Médico, pero a pesar de ésto —e incluso a causa de ello— son francamente importantes, pues provocan dificultades en la vida conyugal, debilitan las relaciones entre madre e hijo y rompen todos los lazos familiares.

La intensidad de dichas depresiones psico-neurósicas puede variar considerablemente, desde la ligera depresión tan frecuente a la vuelta del hospital, hasta las molestias graves que hay que observar para distinguirlas de las psicosis.

Los mismos síntomas pueden variar considerablemente.

Las reacciones de depresión nerviosa más frecuentes, tales como agotamiento, falta de iniciativa y apatía, pueden conducir al descuido completo del niño. Pero la madre puede caer en el extremo contrario y tomar su cuidado con demasiado celo, no queriéndole dejar solo nunca, observarle sin cesar e inquietarse ante la menor reacción. Tales síntomas, acompañados de la tendencia a las ideas fijas no son en absoluto poco frecuentes. Todos hemos visto a la madre (o al padre) que se levanta por la noche precipitadamente porque no oye respirar al niño, o porque lo oye demasiado.

Cuanto más duren estas reacciones, más hay que considerarlas como anormales. Los psicólogos han encontrado sin duda la explicación justa; afirman que las madres que se ocupan del hijo con demasiado celo y les cubren de excesivos cuidados obran de esa manera para compensar un deseo subconsciente de rechazar al niño. Cuando se trata de mujeres muy jóvenes, estas reacciones nerviosas pueden provenir simplemente de la decepción de no experimentar los sentimientos maternales que esperaban.

Se observan a menudo otros síntomas: inestabilidad extrema y gran agitación nerviosa, afecto excesivo o sospechas del marido, y, a veces, dificultad en conciliar el sueño. La tensión y nerviosidad pueden ser más o menos fuertes. Si según los familiares uno o varios de estos síntomas parecen mostrar un cambio de la personalidad de la joven madre, hay que considerarlos como manifestaciones más o menos pronunciadas de molestias psíquicas.

Como he dicho ya, una crisis psíquica grave, procedente de una psicosis, puede estallar cuando la tensión psíquica sobrepase ciertos límites, dando lugar así a que las predisposiciones secretas de la enfermedad tengan la posibilidad de abrirse paso. Pero por otro lado, cuando se trata de reacciones psico-neurósicas, el género y grado de la reacción depende mucho de las disposiciones psíquicas personales en el momento de sobrevenir la tensión psíquica. A causa de la gran variedad de predisposiciones hereditarias —y de las relaciones entre personas e influencias exteriores, lo mismo sociales que tradicionales o accidentales hasta que realmente comienza el embarazo— los síntomas de las reacciones psico-neurósicas adquieren formas muy diversas y de intensidad variable.

Pero en seguida, las condiciones ya no permanecen estacionarias. Es importante recordar que todos los contactos que te-

nemos con la mujer durante el embarazo, parto o días que le siguen, y las medidas que tomamos, influencian la evolución continua y dinámica, viniendo a parar en su actitud psíquica y en sus reacciones ante la maternidad. Y no creais que no podeis más que ejercer una influencia positiva en las madres jóvenes queriéndolas ayudar a aceptar mejor la maternidad y la prueba del parto.

Algunas de las influencias negativas se deben a los cambios que sobrevienen en los cuidados obstétricos con el desarrollo general de la ciencia médica. Hace sólo algunas décadas que el que una mujer fuera al hospital a dar a luz era algo excepcional. Esto ha cambiado ahora en muchos países, por lo menos en Europa y América del Norte. Pero la evolución en general no ha sido tan radical como en Suecia, en donde hacia 1920 había aún cuatro nacimientos en casa contra uno en el hospital, mientras que la proporción actual entre los partos efectuados en casa y en el hospital es de 1 por 20.

Desde el punto de vista psicológico, esta evolución no tiene nada de favorable. El nacimiento de un hijo es un suceso central en la vida de una mujer, y en un parto en casa este suceso guarda en general su carácter central. Sobre todo, es "el suceso de la familia", que es lo que es en realidad. Admito que con esta descripción me dejo ir a una generalización de las ventajas psicológicas del parto en el domicilio, pero si obro así, es por ilustrar mejor los inconvenientes del parto en el hospital, y, sobre todo, los que pueden eliminarse con medidas muy sencillas.

Si se ha hecho tan conveniente que por lo menos las mujeres que dan a luz por primera vez, o aquellas que anteriormente han tenido partos difíciles, den a luz en el hospital, es porque se desea que todas las posibles complicaciones se traten rápidamente y con eficacia. Para que ésto pueda ser así, hay que beneficiarse de los recursos de un hospital moderno. La mayor parte de los partos se desarrolla sin complicaciones, pero generalmente la mayor parte de las que van a dar a luz tienen presente el tratamiento del que pueden tener necesidad en realidad, pues realmente es imposible presuponer en qué caso puede ser necesario el parto en el hospital.

Esta causa de hospitalización puede provocar ansiedad en las futuras madres que se den cuenta de ello, no haciendo gran cosa el personal de las salas de partos por disminuir dicha ansiedad. Dicho personal considera y trata a las parturientas

como enfermas. Es también significativo el que el idioma moderno exprese en forma pasiva la contribución de la madre al nacimiento del niño. Todo esto demuestra que el papel que representa la madre en el parto es cada vez más el de una enferma que sufre. Tras cierto número de medidas tomadas por personal bien formado, "se libra", a menudo completamente inconsciente, gracias al empleo de narcóticos. Tal parto no difiere en nada de una operación quirúrgica y sin duda alguna las mujeres lo consideran así con frecuencia. El personal especializado en obstetricia sostiene a menudo ideas discutibles sobre las pruebas que sufre la mujer en el alumbramiento.

Una de ellas, es la de que el dolor y el esfuerzo serán siempre factores psíquicos negativos y que el atenuar eficazmente el dolor durante un parto, es lo mejor que se le puede hacer a la enferma. No obstante, con ciertas condiciones, el trabajo del parto puede ser una experiencia muy positiva y beneficiosa. Según lo expresa HELEN DEUTSCH en su "Psicología de las mujeres", es "la mayor experiencia de todas las que puede tener una mujer o un ser humano". Nuestro papel consiste más en tratar a la mujer con comprensión para atenuar su ansiedad y darles la mayor calma, confianza y esperanza posibles, que suprimir el dolor y el esfuerzo.

Quiero subrayar el hecho de que se puede disminuir la tensión en el momento del parto suprimiendo o atenuando los factores negativos y añadiendo o aumentando los positivos.

En principio, lo que es cierto para los cuidados en el momento del alumbramiento, lo es asimismo para los cuidados prenatales. Incluso ahí, las formas colectivas e impersonales de cuidados, muy a menudo han reemplazado los tratamientos más personales. Y ahí se puede también disminuir la tensión psíquica de las mujeres embarazadas concediéndoles una mayor atención a sus problemas psíquicos, en vez de limitarse estrictamente a los exámenes tradicionales.

En ciertos casos, la preparación para el nacimiento o psicoprofilaxis puede tener ciertamente su importancia. Comprende generalmente cursos de enseñanza y charlas con las futuras madres sobre los partos normales y los problemas psíquicos que promueven, y de enseñanza de métodos de respiración y relajación para preparar a las mujeres que asisten a ellos a cooperar mejor. En la actualidad, se admite generalmente que esta actividad puede ser de gran utilidad para las parturientas. Hay, pues, excelentes razones para tratar de popularizarla, para

convencer al mayor número posible de mujeres embarazadas a que participen de ella. Pero como estos cursos han de ser facultativos si se quiere lograr su fin, serán desgraciadamente las mujeres que más necesidad tienen de ellos las que generalmente no participarán. Pienso en las mujeres que tienen problemas psíquicos o sociales particulares, en las que no pueden aceptar su embarazo y en las atacadas de enfermedades mentales. Habrá que tratar de suplir los cursos por consultas individuales y charlas personales.

En las actividades de grupos, así como en los contactos personales, hay determinadas categorías de futuras madres que exigen una atención particular. Acabo de hablar de las mujeres que tienen problemas psíquicos o sociales particulares, y pienso en las que son demasiado jóvenes, en las que tienen demasiada edad y se enfrentan con su primer parto, en las que no están casadas y han sido abandonadas por el padre del niño, en las divorciadas y en las viudas. En casos parecidos y en los que surgen dificultades exteriores durante el embarazo, tales como problemas financieros o de vivienda, se debería confiar a una asistenta social por lo menos la parte más social del problema de la mujer en cuestión. Desgraciadamente no hay siempre una asistencia social a mano y entonces será la matrona la que deberá igualmente ocuparse de estos problemas.

El alumbramiento puede provocar también una tensión psíquica considerable en las mujeres que han tenido anteriormente un embarazo o parto difícil, aborto espontáneo, legal o criminal, el nacimiento de un hijo muerto, o complicaciones de toda clase en el momento del parto, experiencias que han dejado recuerdos molestos y que van casi siempre unidas a pensamientos más o menos culpables.

Pero, naturalmente, no basta considerar la historia de la mujer, hay que observar también su conducta. Si esta última presenta signos de molestias nerviosas o psíquicas, es aconsejable tener conversaciones más prolongadas con la mujer en cuestión.

Si la historia hace suponer a la Matrona que el embarazo provocará una tensión psíquica aún más fuerte, o si la situación parece revelar una pérdida del equilibrio psíquico, cuando no se encuentre segura de poder dominar la situación, no esté segura asimismo del diagnóstico o de las medidas a tomar, hará bien en consultar a un Médico y preferiblemente a un Psiquiatra. No hay que tardar en aplicar el tratamiento adecuado,

por las deplorables consecuencias que se podrían derivar del hecho de haber dejado pasar el período en que dicho tratamiento produciría mayor efecto, pudiéndose producir en ese tiempo un mal irreparable.

Finalmente, diré algunas palabras sobre las medidas que sirven para prevenir o limitar las deficiencias psíquicas menos graves durante el período puerperal. Como generalmente van unidas a la incapacidad psíquica de la mujer para aceptar su maternidad, se manifiestan frecuentemente cuando la madre tiene que aceptar la entera responsabilidad del recién nacido. Cuando se trata de partos en casa, esta transición se hace generalmente menos bruscamente que cuando el parto ha tenido lugar en el hospital. Pero ésto es particularmente cierto cuando los niños de pecho son cuidados separadamente por personal especializado no llevándoselos a la madre más que para darles de mamar.

Las madres que por una razón u otra no crían ellas mismas a su hijo, pierden aún más el contacto con la maternidad, porque en estos casos es el personal el que se ocupa igualmente de la alimentación de los niños. El período más difícil para estas madres es cuando tratan de aprender a conocer a su hijo y las necesidades y manifestaciones de su vida en su propia casa. Por esto es por lo que pienso que es de la mayor importancia que se consagre la primera semana del período puerperal, lo mismo en el hospital que en la casa, a ayudar a la madre y al niño a adaptarse el uno al otro.

Esto se hace mejor procurando que la madre y el hijo compartan la misma habitación y que se ocupe ella misma del niño, pudiendo pedir en todo momento la ayuda y consejos de personal especializado. Este último, sólo se encargará de enseñar y no de practicar los verdaderos cuidados. En donde, por una razón u otra, no se pueda aplicar este sistema, se puede practicar otro bastante satisfactorio, consistente en dejar tomar parte a la madre en los cuidados del niño, asegurándose de que lo cuida bien, antes de dejarla completamente sola.

Incluso en tales condiciones, la transición puede provocar en la madre una tensión considerable, y en su consecuencia es importante establecer una cooperación lo más estrecha posible entre las personas encargadas del cuidado de la madre y las del niño, para que ésta pueda, incluso antes del parto, conocer a quienes la ayudarán a cuidar a su hijo. Esto suprime

el intervalo penoso que sobreviene cuando el personal obstétrico ha terminado su tarea cerca de la parturienta.

Finalmente, quisiera señalar la importancia del papel del padre, desde el punto de vista de la higiene mental, en el momento del nacimiento del niño.

Durante mucho tiempo, este papel se ha considerado un tanto ridículo, si se cree en las historietas graciosas sobre la pasividad y la muda confusión del padre. Pero si consideramos un poco más su contenido psicológico, nos daremos cuenta de que algunas de estas historias demuestran también que el padre desea identificarse con su mujer. En la sociedad moderna, las mujeres tienen una doble tarea: tienen que ser amas de casa y madre, y al mismo tiempo deben ganar un salario. Por eso el padre es hoy más útil en la vida familiar. Si se le permite tomar parte en un suceso familiar tan importante como es el nacimiento de un niño, después se sentirá más unido a su mujer y a su hijo.

Creo, pues, que está bien dejar entrar al padre en la sala de partos siempre que sea posible —y con buena voluntad generalmente es posible—. Creo igualmente que es verdaderamente importante enseñar a los futuros padres sobre el curso del embarazo y del parto, así como sobre los cuidados preliminares a los recién nacidos. Según nuestra experiencia, el marido y la mujer consideran casi siempre que la presencia del padre en el nacimiento de su hijo es una experiencia positiva. Y el personal de los servicios de obstetricia piensa a menudo que la presencia del marido puede ser una gran ayuda.

Para terminar, quiero decir que las cualidades personales, que ayudan a descubrir e influenciar favorablemente las molestias del equilibrio psíquico del ser humano, son naturalmente muy diversas. No obstante, creo que podemos mejorarlas instruyéndonos, informándonos y cooperando, y también abriendo los ojos para darnos cuenta de los problemas psiquiátricos que nos rodean y de su importancia.

Discusión

Miss Cameron (Nueva Zelanda), dice que hace varios años en Nueva Zelanda, se daba con la licencia de matrimonio un folleto titulado "El Padre y la Madre futuros". Como Matro-

na, piensa que ésto era una buena idea, y pregunta si el Doctor GEIJERSTAM cree que se podrían evitar ciertos problemas psíquicos empezando a preparar pronto a las personas jóvenes para el matrimonio. El Doctor GEIJERSTAM responde que ha tratado de subrayar en su conferencia la importancia extrema de estos puntos de vista. Es muy interesante hacer que la experiencia de la maternidad sea lo más positiva posible, y, por ello, es preciso que la enseñanza comience lo antes posible. Si las relaciones entre la madre y el hijo están bien equilibradas, la madre puede dar al niño una buena educación sexual y prepararle para la maternidad o la paternidad.

Miss RENWICK (Glasgow), dice que pertenece al "Royal Maternity Hospital". Que este Hospital posee 180 camas y que tiene un anejo con 50 camas. En dicho anejo se ha adoptado el sistema de tener a la madre y al niño en una misma habitación, dándose cuenta de que este sistema daba muy buenos resultados. Las Matronas enseñan a las madres a cuidar a sus hijos y a alimentarles, siempre que el niño lo pide, es decir, siempre que tiene hambre. Después de su salida del hospital a los diez o doce días, las madres se sienten felices y satisfechas porque tienen confianza en sí mismas para el cuidado y lactancia de su bebé. Miss RENWICK piensa que las condiciones generales son mucho más satisfactorias en el anejo que en el hospital principal, donde no se practica el sistema citado.

Miss PAPAVASSILIONS (Grecia), dice que las Matronas griegas se han interesado particularmente por la conferencia del Doctor GEIJERSTAM. Dice que acepta las observaciones de la delegada de Nueva Zelanda. En Grecia se ha comenzado la preparación para la maternidad antes del embarazo hace cerca de dos años en el Hospital en que trabaja, siendo muy alentadores los resultados obtenidos. Los cursos se dan por Médicos y Matronas y son muy apreciados por las jóvenes que pueden asistir.

ESTIMULACION Y ORGANIZACION EN LA LACTANCIA

a) EN EL JAPÓN

Mrs. FUKU YOKOYAMA (Japón):

Quisiéramos describiros cómo estimulan y se ocupan las Matronas del Japón de los problemas relativos con la lactancia y también la ayuda social que aportan a las mujeres embarazadas que tienen que trabajar.

Los problemas principales que estudian son los siguientes:

I. Protección maternal antes y después del nacimiento.
   a) Reposo antes del nacimiento.
   b) Reposo después del nacimiento.
   c) Cambio de empleo.

II. Estimulación y preparación a la lactancia.
   a) Instructores.
   b) Principios directores.
   c) Métodos prácticos propuestos.
   d) Métodos prácticos para el cuidado de los pechos.

III. ¿Cómo se pone en práctica la lactancia en el Japón?
   a) Duración de la lactancia.
   b) Razones para la prohibición de la lactancia.

IV. Misión de las Matronas.

I. MEDIDAS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS MUJERES QUE TIENEN QUE TRABAJAR, ANTES Y DESPUÉS DEL PARTO

En el Japón, la protección de la mujer durante el embarazo y el período postnatal, hasta la segunda Guerra Mundial, ha estado algo descuidado. Pero, después de la guerra, se han

abierto diferentes servicios sociales; se han hecho leyes para proteger a la mujer que trabaja y, actualmente, les está legalmente prohibido trabajar durante las seis semanas que preceden y siguen al parto. Igualmente, los permisos pagados, los cambios de empleo y las disposiciones a tomar para facilitar la lactancia, son cuestiones de las que se ocupan mucho ahora en el Japón.

a) Reposo antes del nacimiento:

La duración del reposo difiere según la clase de trabajo. La concedida a una oficinista, por ejemplo, será más corta que la de una profesora o una obrera.

b) Reposo después del nacimiento:

Las obreras, después del parto, tienen un tiempo más corto de descanso que las profesoras u oficinistas.

Hay que prestar atención al hecho de que las profesoras, que tienen un nivel intelectual elevado, tengan un tiempo de descanso bastante corto antes del parto. Esto puede ser porque tienen un sentido agudo de su responsabilidad ante la enseñanza. Por otra parte, sucede que las obreras no toman un tiempo mayor de descanso porque no comprenden bien los privilegios que les concede la ley en este aspecto.

c) Cambios de empleo:

Las mujeres embarazadas, si lo desean, pueden pedir ser destinadas a trabajos menos duros.

Según mis encuestas, se nota que los cambios de empleo en el Japón, dependen del oficio que se ejerce. En relación con ésto, las grandes empresas dan generalmente más facilidades.

II. Estimulación y preparación para la lactancia

Es necesario dar consejos apropiados si se quiere que la lactancia produzca resultados satisfactorios.

a) Instructoras:

Naturalmente, es importante asegurarse la colaboración de las mujeres embarazadas y de las que acaban de dar a luz si se quiere estimularlas a la lactancia, pero es igualmente importante para ellas el que se les enseñe por personas competentes las medidas eficaces que deben tomarse para facilitar la lactancia. En el Japón, las Matronas, Doctores, Enfermeras y parientes próximos se encargan de esta dirección, demostrando

las encuestas hechas para determinar la proporción de dichos instructores que dicha proporción varía según el oficio de la mujer. No obstante, se admite generalmente que, en todos los casos, las Matronas representan un papel muy importante para estimular la lactancia.

b) Principios directores:

1. La lactancia está recomendada desde el principio y, generalmente, la alimentación artificial no está permitida, salvo que se hierva el agua pura.

2. Todos los patronos deben conceder tiempo, en el lugar de trabajo, para permitir la lactancia.

c) Métodos prácticos propuestos:

1. Se aconseja dormir suficientemente.

2. Es igualmente importante hacer ejercicio de forma adecuada.

3. Se debe conceder una atención especial al reposo espiritual y cuidar sobre todo en que la madre no sea molestada durante la lactancia.

4. Sería conveniente seguir un régimen adecuado (rico en proteínas, hidratos de carbono, agua, leche, legumbre, fruta, etcétera).

5. Se recomienda que se practique el masaje de los pechos.

III. Estado actual de la lactancia en el Japón

a) La ley ordena que se conceda a todas las mujeres que trabajan dos espacios de media hora cada uno, por día, para permitirle criar a su hijo. Pero se hace constar que este decreto, verdaderamente no se aplica aún.

b) Motivos que prohiben la lactancia:

1. Malas condiciones físicas —sobre todo en las obreras.

2. Condiciones de trabajo —sobre todo entre las profesoras.

IV. Misión de las Matronas

Estas investigaciones nos han hecho ver que las obligaciones más importantes de las Matronas son las siguientes:

1. Dar consejos que estimulen a la lactancia, cosa que es particularmente importante cuando se trata de obreras.

2. Prestar particular atención a que las mujeres que trabajan tenga un tiempo razonable de descanso antes y después del parto.

3. Esforzarse en vigilar que las obreras reciban los cuidados adecuados después del parto.

4. Aconsejar a las obreras que se beneficien, tras el parto, de los servicios sociales que hay especialmente puestos a su disposición.

5. Reconocer la necesidad de una labor de conjunto entre los Médicos y demás personas que trabajan en los servicios sociales de protección maternal e infantil que tienen tan gran influencia sobre el estímulo y organización de la lactancia en el Japón.

Discusión (España)

Miss North (Gran Bretaña), pregunta al señor Yokohama cuáles son las facilidades que se dan para permitir el cuidado de los niños en el lugar de trabajo. El señor Yokohama contesta que se da tiempo para dos mamadas, además del descanso del momento del desayuno.

Contestando a una pregunta de miss Schwietzke (Alemania), sobre la enseñanza de las madres en España, la señora García Martín, dice que dicha enseñanza se presta en los centros de protección infantil, pero que las que hacen los cursos son las Matronas.

Madame Jay (Francia), pregunta si en España hay estadísticas que permitan comparar la proporción de las mujeres lactantes, entre las que son atendidas por Médicos y las que lo son por Matronas. Asimismo pregunta si los cursos de que acaba de hablar la señora García Martín se dan a las madres por Matronas especializadas en protección infantil, o si todas las Matronas reciben una formación que les permita enseñar los cuidados relacionados con los niños de pecho. La señora García Martín dice que las Matronas, que han seguido desde hace poco los cursos de protección infantil, son las que prestan esta enseñanza. Que los cursos, sobre los cuidados al niño pequeño, se dan en escuelas sitas en Madrid, Oviedo y Sevilla, dándose al terminar un diploma especial postescolar. Lamenta no poder dar estadísticas, aunque éstas existen en España.

Miss Foley (Gran Bretaña), hace alusión a los cursos de puericultura que se organizan en la Simpson Memorial Martenity Hospital de Edimburgo, diciendo que han adquirido gran popularidad. Hace igualmente alusión a los trabajos de investigación sobre la lactancia que se realizan actualmente en su hospital.

Miss Sebastiany (Brasil), demuestra un interés particular en lo expuesto sobre el Japón, debido a la importante colonia japonesa que existe en el Brasil. Las madres japonesas de allí, tienen con frecuencia familia numerosa, cooperan muy fácilmente con las Matronas, parecen dar a luz con facilidad a sus hijos y los crían sin dificultad alguna. Dice que se ha dado cuenta de que las Matronas japonesas son francamente competentes. Pregunta por qué encuentra tanta dificultad la lactancia en el Japón, mientras que en el Brasil, las japonesas, crían tan bien a sus hijos, y asimismo si la legislación de protección maternal e infantil, a la que ha hecho alusión el señor Yokohama, se ha establecido después de la guerra.

Una representante japonesa dice que tal vez sea la importante publicidad que se ha hecho de la alimentación del niño, uno de los factores que estimulan la lactancia artificial. Contestando a la pregunta de la legislación, dice que antes de la guerra no existía nada y que todo se ha organizado después.

Discusión (Alemania)

Mademoiselle Traub (Gran Bretaña), expresa su interés por el desarrollo de los lactariums en Alemania. Dice que en la ciudad donde trabaja se recogen y distribuyen gratuitamente 4.000 pintas (2.272 litros) de lecha materna al año. Van a los hospitales, casas-cuna y a domicilio, a petición de los Médicos. Matronas o inspectoras de los servicios de Sanidad.

Mademoiselle N. Williams (Gran Bretaña), dice que en el Hospital de la Reina Carlota de Londres, el despacho de leche humana está dirigido por un Consejo de Administración independiente, recogiéndose la leche en el interior del hospital y a domicilio. Fuera del hospital, las madres reciben una suma módica, pero la leche se vende a 7 peniques la onza, a menos que la madre sea demasiado pobre para pagarla, en cuyo caso es

gratuita. El año último se han recogido 40.000 pintas (22.720 litros), cifra muy pequeña en comparación con los lactariums alemanes.

Mademoiselle PILAR GALVÁN (Chile), cree que a las congresistas les podría interesar lo que se hace en Chile. Hay un lactarium en Santiago que se ha abierto para servicio de los prematuros. Chile está considerado como un país poco desarrollado. Muchas madres tienen una alimentación pobre y no sería posible pedirles leche maternal. En la actualidad, es igualmente imposible, desde el punto de vista económico, sostener el personal o equipo preciso. El dinero disponible se utiliza para suministrar alimento a las mujeres embarazadas.

EQUIPO ENCARGADO DE LOS CUIDADOS RELATIVOS A LA MATERNIDAD

Mrs. RIGMOR INGMANN (Dinamarca):

El objeto de los equipos de maternidad es prestar los mejores cuidados posibles a las mujeres embarazadas, a las que van a dar a luz y a sus hijos.

Pero, ¿qué se entiende por las palabras "cuidados relativos a la maternidad"?

"Los cuidados relativos a la maternidad tienen por objeto garantizar que todas las mujeres embarazadas y todas las madres lactantes, tenga buena salud, aprendan el arte de cuidar a los niños, disfruten de un parto normal y den a luz hijos sanos. En el sentido más estrecho de la palabra, los cuidados relativos a la maternidad, comprenden los que se prestan a las embarazadas, a la seguridad del parto, examen postnatal, cuidado a los recién nacidos y mantenimiento de la lactancia.

"En el sentido más amplio, comienzan mucho más pronto con medidas que tienden a estimular la salud y bienestar de las personas jóvenes, que son los padres de mañana, y a ayudarles a prepararse bien para su vida familiar y para el papel que deberá representar su familia en la sociedad. Dichos cuidados deben abarcar igualmente consejos sobre el arte de ser padres, sobre los problemas de la esterilidad y de la vida familiar.

La comisión subrayó el hecho de que el alumbramiento era, ante todo, un proceso fisiológico. Por consiguiente, el primer objeto de los cuidados relativos a la maternidad, debería ser mantener las condiciones normales. Sin embargo, a veces, pueden sobrevenir anomalías, de las que algunas de ellas pueden tener graves consecuencias, aunque, frecuentemente, se puede evitarlas o atenuarlas gracias a la vigilancia prenatal. Los cuidados prenatales proporcionan la ocasión no corriente de poner en práctica la higiene pública y de enseñar los principios de

sanidad. Proporcionan también una buena ocasión de practicar al mismo tiempo la medicina curativa y preventiva".

En Dinamarca esta definición ha sido adoptada por un equipo de trabajo que se ocupa de los problemas planteados por los cuidados relativos a la maternidad.

Este equipo de trabajo se fundó en 1947. En 1952, publicó un informe sobre los servicios de obstetricia, seguido de otro en 1956 sobre los cuidados relativos a la maternidad en los establecimientos especializados.

La administración de dichos servicios está en manos del Ministro del Interior. El Departamento de Sanidad de Copenhague se ocupa de la administración central. El país se divide en 24 provincias. A la cabeza del servicio médico de cada provincio hay un Médico sanitario superior que es directamente responsable ante el Departamento de Sanidad. Cada provincia se divide en regiones más pequeñas a cuya cabeza se encuentra un Médico sanitario subalterno.

Según el informe del equipo de trabajo, ha habido en 1950, 80.504 partos (incluyendo los gemelares), de los que 46.010 (es decir, el 57,2 por 100) se han efectuado en el domicilio y 34.494 (es decir, el 42,8 por 100) en el hospital u otros establecimientos.

Las Matronas y los Médicos de medicina general, son los que ejercen la obstetricia a domicilio.

Hay dos categorías de Matronas: las independientes que están pagadas por las sociedades de socorros mútuos o por las mismas enfermas si tienen ingresos elevados para hacerlo: y las de higiene social que se encuentran sobre todo en el campo o en los pueblos y que, igualmente, son pagadas por las sociedades de socorros mutuos, pero con una tarifa menos elevada que sus colegas de las grandes ciudades.

Las sociedades de socorros mutuos tienen tres tarifas:

El campo o los pueblos	79.90 kr.
Las capitales de provincia	96.20 "
Copenhague	113.95 "

Las Matronas de higiene social reciben de la administración local un salario, que varía de 3.500 kr. a 5.300 kr. al año. Si hay poco trabajo en su sector, cobran una indemnización del 5 al 10 por 100 de su salario. Tienen generalmente vivienda y equipo gratuitos, y un coche a su disposición. Disfrutan también de una jubilación bastante buena.

Hay que suprimir los sectores en los que hay menos de 30 casos.

La ley obliga a las administraciones locales a suministrar a su sector el número necesario de Matronas.

Los Médicos son pagados por las sociedades de socorros mutuos o por las propias enfermas.

El Hospital del Estado, de Copenhague, según la Ordenanza Real de 1756, tiene que recibir gratuitamente a todas las mujeres embarazadas que no estén casadas, a las que sean pobres y tengan mala vivienda, a las que tienen derecho a socorro público, incluso estando casadas, sin son pobres y no forman parte de ninguna sociedad de socorros mutuos. Por una cuota determinada, reciben a las mujeres solteras que deseen una habitación particular, y a las casadas que presenten un caso patológico.

Este hospital público tiene dos servicios idénticos: la escuela de Medicina y la de Obstetricia. En total dispone de 208 camas.

Hay un equipo móvil, que, a petición de la Matrona, es utilizado por las mujeres de recursos débiles.

Estos servicios tienen un dispensario prenatal y de ginecología que recibe los casos normales y los patológicos.

Disponen de una pediatra, un cirujano pediatra y otros varios especialistas.

El hospital público de Aarhus data de 1908. Las condiciones de admisión son más amplias que en Copenhague, porque allí se aceptan gratuitamente a todas las mujeres embarazadas que tengan pocos recursos. Hay 132 camas.

El hospital público de Snderborg difiere de los otros en que no tiene Matronas; las de la ciudad o región llevan allí a sus enfermas y permanecen con ellas durante el alumbramiento. Igual ocurre con otros muchos hospitales de nuestro país.

Los hospitales municipales reciben el 15,4 por 100 de las enfermas que no dan a luz en su domicilio. Sólo algunos poseen salas especiales de obstetricia, por eso en los otros casos las enfermas son admitidas en las salas de cirugía.

La ley sobre los servicios públicos da a las administraciones regionales el derecho, pero no el deber, de abrir maternidades públicas. Existen algunas en Copenhague y en las grandes capitales de provincia. La tendencia actual no está a favor de dichos establecimientos y se piensa que valdría más resolver el problema abriendo servicios de maternidad en los hospitales.

Los hospitales particulares tienen grandes salas de maternidad que reciben los casos normales y anormales, e igualmente tienen uno o dos maternólogos.

En lo que concierne al establecimiento de clínicas particulares, no existen reglas generales para todo el país, sino solamente reglamentos dictados por las administraciones generales de sanidad aprobados por el Ministerio del Interior. Pueden tener pequeñas salas de maternidad.

Las maternidades privadas pertenecen generalmente a una Matrona que llama al Médico de la enferma para la anestesia y las distocias menores.

El equipo de trabajo que ha resumido las condiciones de los cuidados relativos a la maternidad en los establecimientos de nuestro país, cree que la necesidad más urgente es organizar los servicios de obstetricia y ginecología, muy importantes en todos los grandes hospitales daneses.

En principio, los cuidados relativos a la maternidad, no son gratuitos en Dinamarca, aunque debo llamar la atención hacia los socorros mutuos que se esfuerzan en cubrir todos los gastos.

Una sociedad de socorros mutuos, es una "asociación de personas sin medios". Para pertenecer a ella, el presupuesto no debe exceder de 13.500 kr. + 900 kr. por niño, en Copenhague; 12.400 kr. + 900 kr. por niño, en las otras ciudades, y 11.300 kr. + 900 kr. por niño, en el campo.

Todas estas sociedades están reconocidas por el Estado y, al terminar 1953, contaban con 2.436.000 miembros (las tres cuartas partes de la población de 15 años y más).

En los casos patológicos, las sociedades tienen que pagar la estancia y tratamiento en el hospital. En los normales, pagan a la Matrona, al Médico, las curas asépticas y una pensión diaria. En determinados casos, proporcionan a las madres una auxiliar familiar diplomada. Esta auxiliar es pagada por la familia según sus ingresos, no abonándole nada si son pobres.

Las administraciones regionales tienen que proporcionar los mismos socorros a las mujeres embarazadas necesitadas que no sean miembros de dichas sociedades.

La sociedad de socorros a la maternidad, es de la más alta importancia en lo que concierne a los cuidados relativos de la maternidad.

Tiene su centro en Copenhague y sucursales en todas las grandes ciudades.

Esta sociedad da a todas las mujeres embarazadas una ayuda personal, social y jurídica, consejos e indicaciones sobre el embarazo e información sobre la ayuda económica y médica de que se pueden beneficiar durante el embarazo y después del parto.

Además, corresponde a esta sociedad organizar los socorros sociales y los de higiene, dar facilidades a las madres solteras antes y después del alumbramiento, en determinados casos proporcionar la canastilla del bebé y, en casos muy particulares conceder directamente ayuda financiera durante el embarazo.

También tiene obligación de enseñar puericultura y organizar cursos sobre el cuidado a los bebés, forma de ocuparse de todos los pequeños y cambiarles de ropas.

Estas sociedades dan consejos sobre la vida familiar.

Durante el período de 1954-55, recibió la visita de 30.252 madres (de las cuales 17.506 eran casadas y 12.746, solteras).

En 1937 se promulgó una ley para combatir la mortalidad infantil ayudando a las madres sin práctica a mantener la lactancia y aconsejándolas sobre los cuidados del niño.

Según esta ley, las administraciones locales, pueden emplear Inspectoras de los Servicios de Sanidad en su sector.

La Inspectora de los Servicios de Sanidad es una Enfermera diplomada que ha trabajado por lo menos 14 meses (6 en un servicio de pediatría, 2 en uno de maternidad, 4 en uno de enfermedades mentales y 2 en uno de enfermedades contagiosas). Igualmente, deben haber seguido un curso de nueve meses en la Universidad.

El artículo sobre higiene preventiva de la Ley de 1945, decreta que toda mujer embarazada (cualesquiera que sean sus medios) pueda beneficiarse gratuitamente de nueve exámenes durante su embarazo —tres hechos por un Médico y 6 por una Matrona— y de otro seis semanas después del parto.

Desde 1946 funcionan los socorros de leche. Todas las embarazadas que sean miembros de una sociedad de socorros mutuos, puede tener medio litro de leche diario a partir de la duodécima semana, y un litro hasta el séptimo mes después del parto si el niño está vivo. Las sociedades de socorros a la maternidad, son las que distribuyen la leche.

Para las mujeres embarazadas comprendidas en la ley de protección a los trabajadores, hay una gratificación especial que se da a partir de la octava semana que precede al nacimiento, si el Médico cree que el trabajo puede perjudicar a la madre o al feto. Pueden tomar un descanso de seis semanas para ama-

mantar al niño, recibiendo entonces una pensión diaria de la sociedad de socorros mutuos.

En Dinamarca, en el campo de la maternidad, son las Matronas las que se ocupan esencialmente de los casos normales. Cumpliendo la ley sobre higiene preventiva, hacen, en unión de los Médicos, los exámenes necesarios durante el embarazo, teniendo lugar el primero generalmente la vigésima semana, y los siguientes la 30, 33, 37, 38 y 39. Las Matronas están en contacto con los Médicos que se ocupan de todos los casos normales. Tienen que dar consejos sobre higiene, cuestiones sociales, económicas y prácticas, pero en los casos más graves deben enviar a las enfermas a la sociedad de socorros a la maternidad. Esta sociedad tiene un personal importante de maternólogos, psiquiatras, juristas y asistentas sociales.

Para dar una idea del trabajo que la sociedad ha llevado a cabo, he aquí algunas cifras de 1954-55, en el curso del cual se ha ocupado de:

Abortos legales	9.270
Busca de padre	4.539
Vivienda para futuras madres	1.302
Alojamiento para bebés	790
Adopciones	683
Adopciones de un niño	1.342
Casas de convalecencia	1.320
Abastecimiento de leche	20.902
Abastecimiento de canastillas	9.752
	60.666

Por regla general, en Dinamarca las Matronas son llamadas en el momento del trabajo y hacen el parto cuando todo va normal. El Médico es llamado a menudo, pero sólo para las anestesias.

Pero para los cuidados de los días posteriores al parto, las Matronas han sido sustituídas por las Enfermeras que han recibido una formación especial para este fin. Las Matronas permanecen en contacto con la enferma, y en algunos casos hacen los exámenes postnatales.

Las Inspectoras de los Servicios de Sanidad tienen que visitar a las madres de los niños sanos una docena de veces durante el primer año y lo antes posible tras el parto. Deben

ayudar a las madres a continuar la lactancia y aconsejarlas sobre los cuidados del niño.

Las Matronas deben avisar a las Inspectoras de los Servicios de Sanidad y darles todas las informaciones necesarias.

Las Matronas dan cuenta a los servicios administrativos de los nacimientos, nacimientos de niños muertos, de niños ilegítimos, bautizados con el agua de socorro, etc.

Las de la asociación de socorros a la maternidad, por intermedio de las asistentas sociales u otras. Enfermeras especializadas en cuidados posteriores al parto e Inspectoras de los Servicios de Sanidad, constituyen el personal que trabaja en estrecha relación con las madres.

Esta organización no es ideal; la madre puede tener rozamientos en esta sucesión de personas que la cuidan y perder ánimo; es difícil obtener la confianza de una mujer cuando la ha concedido ya a la persona que nos precedió.

Hemos citado varios artículos de ley que aseguran la protección de los estatutos sociales de las madres y de los niños.

La ley sobre niños ilegítimos asegura a los reconocidos por su padre una posición legal idéntica a la de los niños legítimos. El niño debe permanecer bajo el control de una sociedad protectora de niños hasta la edad de 18 años.

Los procesos de indagación de paternidad se emprenden contra los padres que no reconocen a sus hijos, teniendo dichos padres que pasar una pensión para el sostén del niño hasta que éste tenga 18 años.

La ley de adopción considera sobre todo el interés de los niños.

Sólo si la madre no puede sostener al niño, incluso recibiendo ayuda, o si no lo quiere sostener, se considera el aspecto de la adopción. Se hace una encuesta muy profunda sobre los padres adoptivos.

La ley sobre abortos decreta que se puede practicar legalmente un aborto por consejo del Médico, cuando la vida o salud de la madre esté en peligro, cuando se originen problemas morales, etc. Para que un aborto sea legal ha de tener lugar en el hospital que pertenezca al Estado o a la administración regional.

La ley sobre el matrimonio tiende a hacer de la familia una fuerza muy unida en el seno de la sociedad.

Legalmente, la mujer y el marido son iguales y tienen los mismos derechos para con el hogar.

Es muy difícil obtener la separación y el divorcio. La administración vela siempre por el niño que, en general, se confía a la madre.

El trabajo que llevamos a cabo para las madres y sus bebés proporciona salud, felicidad y buenas esperanzas.

DISCUSIÓN

Miss SCHWIETZKE (Alemania), hace alusión a los cuidados prenatales que se prestan en Alemania y dice que las Matronas que trabajan en estos servicios en la actualidad son plenamente reconocidas por el Gobierno Federal. No obstante, éste no tiene autoridad sobre dichos servicios porque los subvencionan los diferentes Estados. La República se compone de numerosos estados, y los distintos Ministerios de Sanidad se ocupan de extender los programas que conciernen a la enseñanza sanitaria. La asociación de Matronas no cesa de luchar por la organización de un servicio de cuidados prenatales, en donde ellas serían admitidas.

Miss FINNEY (Gran Bretaña), dice que en Inglaterra existen casas en donde son acogidas las madres que no están casadas durante las últimas semanas del embarazo y después del parto. Pregunta si las Matronas danesas dirigen los partes en el hospital. La señora Ingmann responde que en Dinamarca existen también casas semejantes a las que se ha referido miss FINNEY para las madres que no están casadas. En lo que concierne a la responsabilidad de las Matronas en el hospital, la señora Ingmann dice que éstas dirigen los partos normales.

Miss ZWIERS (Holanda), pregunta si la sociedad de socorros mutuos abarca a toda la población y la señora Ingmann responde que, en Dinamarca, todo el mundo tiene que pagar una cuota, aunque las personas cuyos ingresos pasan de cierta cantidad no pueden beneficiarse de ella. El Departamento Social es el que valora los ingresos.

(26 de junio. Tarde)

LAS MATRONAS Y SU INSTRUCCION POSTESCOLAR

Mademoiselle NARGARETA AUKIO (Finlandia):

Desde 1816, se forman Matronas en Finlandia. En un país pobre y dividido como el nuestro, el trabajo requiere habilidad y los conocimientos más profundos posibles. Por consiguiente, la idea de dar a las Matronas una instrucción suplementaria o postescolar tuvo que surgir naturalmente.

Los "Cursos sobre Forceps", comenzados en 1880, se pueden considerar como la primera medida práctica. Se continuaron los esfuerzos para organizar una instrucción postescolar más profunda, teniendo lugar el primer curso general en 1899. Pero hizo falta mucho trabajo para que esta actividad se colocara bajo la protección de la ley en 1926. La formación básica y la postescolar de las Matronas de hoy se diferencia notablemente de las de los primeros tiempos, debido a que las exigencias profesionales han aumentado. Además, la forma de nuestro trabajo, ha cambiado a causa del aumento del número de partos en el hospital y de la demanda, cada vez más numerosa, de Matronas. Las cifras sacadas de dos años recientes, servirán de ejemplo:

1948.	Partos a domicilio (40 por 100 por Matronas comunales)	840
	Partos en el hospital (54 por 100 por Matronas del hospital)	240
1955.	Partos a domicilio (22 por 100 por Matronas comunales)	920
	Partos en el hospital (cerca del 78 por 100 por Matronas del hospital)	700

La única escuela de obstetricia de Finlandia, se encuentra en Helsinki. Desde 1934, da una instrucción que dura dos años (13 meses para las Enfermeras que quieren ser Matronas). Los cursos comienzan por una enseñanza preparatoria de cuatro meses. A continuación, la enseñanza sigue el programa que citamos:

Servicios de Enfermera, 5 meses; sala de partos, 4 a 5 meses; casas para niños sanos, 2 meses; consultas prenatales, 2 meses; clínica de consulta para niños, 1 mes; servicio de ginecología, 2 meses; práctica en una comuna, 2 meses.

A la vez que estos trabajos prácticos, se dan cursos para Médicos y Matronas-instructoras. Dichos cursos comprenden los temas siguientes:

Embarazos y partos normales y técnica del parto; partos; partos anormales; días posteriores al parto y cuidados a practicar; puericultura y cuidados de orden práctico a los niños; enseñanza concerniente a la maternidad; análisis de los distintos casos de partos; psicología; higiene general y mental; protección contra la tuberculosis, enfermedades cutáneas y venéreas; leyes y estatutos concernientes a las Matronas.

Los trabajos prácticos comprendidos en la instrucción que se da a las Enfermeras que se quieren hacer Matronas, tienen lugar en:

Servicios de cuidados generales	2 meses
Salas de partos	4 a 5 meses
Servicio de ginecología	1 mes
Clínica de consulta para madres jóvenes ...	2 meses
Práctica en una comuna	2 meses

La enseñanza teórica, está condensada en algunos cursos que tratan de los puntos esenciales de la formación de la Matrona. Fuera de la profesión de Enfermera, se da una instrucción más profunda sobre algunos estudios.

Como se ha dicho ya, la enseñanza postescolar o cursos de revisión para Matronas, desde 1926, se rigen por la ley. Esta obliga a todas las Matronas comunales a asistir a una serie de cursos durante quince días, por lo menos una vez cada diez años. Después de una revisión de este artículo, decretada en 1954, los cursos que acabamos de citar duran actualmente cinco semanas. Hoy día, casi todas las Matronas toman parte en dichos cursos de revisión a intervalos de 5 a 7 años, pues el de 10 años señalado por la ley es demasiado largo en la práctica.

El objeto de los cursos de revisión, es familiarizar a las Matronas con las directrices, tendencias, formas de trabajo y métodos más recientes, en lo que concierne a la protección maternal, así como ayudarlas a hacer que su trabajo sea más regular y beneficioso.

Los cursos de revisión se hacen en el Colegio de Obstetricia. Las Matronas se dirigen a él directamente o, si lo desean, por intermedio de las autoridades regionales. Para participar en ellos, deben obtener permiso del Consejo de Sanidad de la comuna, que tiene que encontrar una sustituta. Las Matronas tienen derecho a todo el salario y una pensión gratuita durante la duración del curso de revisión, así como a que se le pague el viaje de ida y vuelta al Colegio de Obstetricia.

La organización del programa de estos cursos se complica por el hecho de que los problemas y necesidades de las Matronas comunales, difieren mucho de los de las Matronas que trabajan en el hospital, sobre todo ahora que el número de partos a domicilio está en baja. Por otro lado, es bueno para estos grupos estudiar igualmente determinadas cuestiones relativas a la protección maternal, tales como las tendencias a mejorar la cooperación entre las organizaciones de protección maternal en el hospital y en el domicilio.

En la organización de este programa toman parte varias personas: los profesores del Colegio de Obstetricia, así como los Médicos, Matronas, Matronas que inspeccionan las maternidades de provincias y las que participan en los cursos. La parte teórica de esta enseñanza se divide en conferencias y discusiones en grupos pequeños.

El lado práctico, trata de:

1. Salas de partos.
2. Servicios de cuidados.
3. Clínicas especializadas para la consulta de las madres.
4. Clínicas especializadas para la consulta de los niños.

Además, hay excursiones destinadas a ilustrar las distintas clases de trabajos.

He aquí los temas de los cursos:

1. La obstetricia y las cuestiones particulares que con ella se relacionan.
2. La protección infantil.
3. Las cuestiones fundamentales sobre:

   a) legislación sobre el aborto.
   b) enfermedades cutáneas y venéreas.
   c) alimentación.
   d) protección contra la tuberculosis.
   e) asistencia social.
   f) papel de la asistencia social en la protección a la maternidad.
   g) reuniones técnicas.
   h) trabajo en grupo.

En cada provincia hay una Matrona que debe controlar a las demás, y organizar reuniones informativas y de estudios en los intervalos prescritos. Naturalmente, no es cuestión de hacer series enteras de conferencias, debiéndose componer el programa, sobre todo de conferencias independients unas de otras sobre el tema que se considera importante en ese momento. Las excursiones y discusiones en grupos pequeños, contribuyen a hacer que las mismas sean eficaces, dando lugar al encuentro de gran número de colegas cuyas opiniones aclaran muchos problemas. Generalmente, estas reuniones de estudio, duran dos días y las Matronas que participan en ellas tienen derecho a que se les abone los gastos de viajes, así como una indemnización.

Durante su formación, han de trabajar por lo menos dos meses en una comuna. Se les enseña la práctica de los partos a domicilio y el trabajo de asistencia social que concierne a la maternidad en el campo. Para tener a las Matronas al tanto de los procedimientos más modernos, dos veces al año, se organizan conferencias de estudios obligatorios y discusiones en grupos pequeños.

El colegio de obstetricia emplea a las llamadas "ayudantes de Matronas". Las colocan aquí para tratar de darles una experiencia práctica del trabajo independiente, mayor que la que ellas pueden adquirir durante el período de formación. Para hacer esta enseñanza postescolar —que es esencialmente práctica— lo más variada posible, en un período de dos años, se hace trabajar a las ayudantes en los servicios siguientes:

Servicio de cuidados (enfermas recién dadas a luz y antes del alumbramiento) como:

1. Ayudantes de Matronas.
2. Enfermeras, jefes de servicio.
3. Matronas responsables de una sala de niños.
   (En total 12 meses).

Sala de partos	6 meses
Sala de operaciones	2 meses
Dispensario de consulta para las madres	2 meses

Desde 1934, en que el tiempo de formación para la Matrona se fijó en dos años, es posible para ésta hacer en dos años su formación de Enfermera, formación que, normalmente, dura tres años. Sin embargo, hasta el año pasado no se ha abierto el primer curso de formación de Enfermeras reservado a las Matronas. Esto, naturalmente, contribuye a hacer este período de formación más beneficioso que el antiguo sistema, en el que los cursos de alumnas regulares no comprendían más que una o dos Matronas, aligerándose entonces el programa de enseñanza para las Matronas, según las distintas escuelas.

Las Matronas-enfermeras, pueden seguir la instrucción postescolar en el colegio postescolar de Enfermeras. Si reciben esta formación suplementaria, pueden colocarse en puestos tan importantes como:

1. Enfermeras, jefes de servicio.
2. Enfermera principal.
3. Instructora.

Pero como de 1.600 Matronas en ejercicio activo sólo hay 200 que posean el diploma de Enfermera-matrona, el beneficio que se obtiene de esta formación postescolar es muy pequeño.

Todos los cursos de enseñanza postescolar descritos anteriormente, tienden a proporcionar a todas las Matronas la mayor aptitud profesional posible para hacer frente a las exigencias modernas de la protección maternal e infantil. Además, son indispensables las facilidades que se les ofrecen para permitirles una enseñanza postescolar de preparación para la instrucción

o las tareas administrativas. Si se considera que la formación de la Matrona será, poco más o menos, basada enteramente en la de Enfermera, se comprenderá el problema de ofrecerle facilidades para este tipo de enseñanza postescolar. Se han sugerido las soluciones siguientes:

1. Una escuela nórdica de unión.
2. Bolsa de estudios en el extranjero.
3. Creación de una escuela ligada a la postescolar de Enfermeras.
4. Una escuela postescolar especial que se instalaría en el nuevo colegio de obstetricia.

Cada una de estas soluciones tiene sus ventajas. Las desventajas de las dos primeras son evidentemente las dificultades originadas por el problema de comprensión de idiomas extranjeros y por el problema económico, así como la diferencia que existe entre la enseñanza básica que se da en Finlandia y la de otros países. En cuanto a las dos últimas, hay que decir que no habrá muchas Matronas que sigan dicha enseñanza postescolar, pues nuestro país no posee una escuela de obstetricia, siendo por lo tanto la creación de una nueva escuela especial un gasto y esfuerzo inútiles. Resumiendo, el medio más adecuado para poder dar tal enseñanza parece ser la escuela de obstetricia, a pesar de las dificultades a que ésto dará lugar.

Todo el mundo sabe que es francamente importante el que las Matronas reciban una buena formación en todas las ramas de la protección maternal e infantil. Habría que recordar tambien la enorme responsabilidad que cae sobre los profesores de dichas Matronas. Nunca se podrá hacer bastante para proporcionarles la posibilidad de permanecer en contacto con los conocimientos más modernos del campo en que trabajan.

Discusión

Miss Dagmar Ericsson (Suecia), subraya la importancia de la formación postescolar para las instructoras-matronas. Según ella, además de una enseñanza más sólida sobre obstetricia, las instructoras deberían estudiar psicología y pedagogía para en-

señar sus conocimientos a las alumnas. Miss Ericsson pronostica que el país más pequeño que tenga un idioma casi común puede ser que organice un curso de enseñanza postescolar para Instructoras-matronas e incluso una escuela inter-europea. Dice que tal vez esta idea pudiera extenderse y este curso hacerse internacional.

Miss Rozalija Pozar (Yugoslavia), cree que al Congreso le podría interesar el método de formación de las Matronas en Yugoslavia. La primera escuela se abrió en 1753 en Ljubjana. En la actualidad hay 13 escuelas y más de 600 alumnas. Dice que en Yugoslavia se necesitan 8.000 Matronas. Muchas Matronas se jubilarán dentro de 20 ó 30 años. Las alumnas de Matrona tienen que haber seguido el curso de una escuela primaria y venir de un pueblo donde no haya Matrona para que puedan volver después de haber recibido su formación. Esta formación dura dos años y comprende la enseñanza profesional y general. Se les enseña también el cuidado de los niños (dándoles principios sobre su alimentación), así como a instruir a los demás sobre los principios sanitarios. Las escuelas aseguran también la instrucción postescolar.

Miss Wood (Gran Bretaña), sugiere que al Congreso le podría interesar saber lo que se hace para la enseñanza postescolar de la Matrona en Inglaterra. Actualmente es obligatorio para todas las Matronas en activo seguir durante una semana un curso de "refrescamiento" (en inglés se dice "rafraichissement", pero creo que se podría decir "perfeccionamiento") cada cinco años. Dichos cursos comprenden conferencias, demostraciones, visitas profesionales, etc. El real Colegio de Matronas los organiza en diferentes regiones de nuestro país. Las Matronas que ejercen tanto en el hospital como a domicilio, asisten a ellos, obteniendo gran beneficio con el contacto recíproco. Miss Wood habla después del diploma de Instructora-matrona que se concede a las que han seguido un curso superior de enseñanza obstétrica y han hecho los exámenes necesarios. Miss Wood sostiene enérgicamente con miss Aukio y miss Ericsson que se deberían introducir más elementos de psicología y pedagogía en la enseñanza que se da a las Matronas.

Miss Hackland (Africa del Sur), dice que en Africa del Sur hay cuatro agrupaciones de Matronas, cuyos centros radican en Cape Town, Pietermaritzbourg, Durban y Johannesbourg. Aquí y en Cape Town, se hacen cada dos años cursos de "refrescamiento" que duran una semana. En lo que concierne a los cur-

sos de formación de instructoras, dice que tienen lugar en la Universidad de Witwatersrand. Ha habido dos, uno en 1948 y otro en 1951. Cree que los cursos de formación de Instructoras-matronas se hacen con más frecuencia en la Universidad de Pretoria.

Miss Roy (India), dice que, actualmente, en la India, funciona el segundo plan quinquenal, poniéndose bien de manifiesto los cuidados maternales e infantiles. En la India, hay gran necesidad, en las regiones aisladas, de Matronas bien formadas. Si se compara el número de Matronas con el de partos, se llegaría a algo así como a una por cada 46.000 nacimientos, proporción aterradora para el Gobierno de la India.

La Presidenta dice que espera que la Confederación Internacional de Matronas tomará en consideración la idea de crear una Escuela Internacional de Enseñanza post-escolar.

Discusión (Francia)

Mademoiselle Marta Olivos (Chile), da las gracias a madame Jay y dice que ha resumido bien problemas que se encuentran asimismo en América del Sur. Cree que el prestigio de las Matronas en Chile no es lo que debería ser.

Mademoiselle Zwiers (Holanda), dice que las Matronas holandesas, no están lo contentas que quisieran estar en lo que concierne a su futuro. Son pagadas por la Asociación de Socorros Mutuos contra la Enfermedad, y por las enfermas que no forman parte de dicha Asociación. Si continúa creciendo la tendencia de elegir al Médico en vez de a la Matrona, dicha profesión se extinguirá pronto. Dice que la única esperanza que les queda a las Matronas es la de continuar haciendo un trabajo impecable.

Mademoiselle Fraser (Gran Bretaña) felicita a madame Jay con algunas frases alentadoras. Recuerda a las congresistas que en el segundo capítulo del *Exodo* se ve que las Matronas son honradas en la tierra. Esto es un desafío a las Matronas de hoy para hacerles ver que son aún honradas en su propio país. La señorita Fraser se alegra de haber oído a madame Jay exponer sus puntos de vista sobre la obstetricia practicada a domicilio, toda vez que ella es Matrona especializada en los cuidados a domicilio, creyendo que es muy posible cuidar a las madres en sus casas con verdadero éxito.

Madame Ingmann (Dinamarca), coincide con madame Jay en que las Matronas no han desplegado bastante actividad para mantener su posición y defender sus derechos. Cree que con el aumento del número de Médicos, las Matronas serán descartadas y, por lo tanto, que éstas deben aferrarse a los medios que posean para defender su posición. Las Matronas pueden dar mucho más que los Médicos: su atención, comprensión y tiempo durante el parto. Comprende muy bien los problemas de las Matronas de Chile, ya que muchos de ellos existen en Europa. Cree que deberíamos tratar todas de ayudarnos las unas a las otras.

Madame Luzzi (Italia) apoya en todo las observaciones de madame Jay sobre los partos a domicilio y posición de las Matronas.

El Doctor Kjessler (Suecia), dice que como representante del Centro de formación de Matronas suecas querría dar las gracias en su nombre y en el de todos los miembros del Centro a todas aquellas que han tomado parte en las discusiones de excelentes consejos.

Cree que los Médicos tienen mucho que aprender de las Matronas y que éstas, en sus relaciones con ellos, no deben sentirse en un plano de inferioridad.

Unos y otras deberían trabajar juntos, y aunque en todo navío debe haber un buen capitán, es cosa maravillosa para éste saber que tiene un buen segundo. El Doctor Kjessler dice que las Matronas suecas son excelentes oficiales.

(28 de junio. Mañana)

EJERCICIOS PRENATALES Y POST-NATALES

Doctor S. KARLSSON (Suecia):

Se me ha pedido que os hable de mi experiencia en lo que concierne a la gimnasia prenatal en mi país. Es una tarea muy difícil.

El material sobre el que he construído mi charla, se basa en la experiencia que hemos adquirido en Estocolmo, aunque se practique en toda Suecia. Ante todo, un poco de historia.

Desde 1943, en el Hospital Karolin, he comenzado, con cierto número de profesores de gimnasia, a hacer practicar ésta a las madres y mujeres embarazadas. La idea principal era preparar a la mujer para el embarazo, parto y período puerperal, y aligerar sus dificultades, haciendo dos clases de gimnasia: una de respiración y otra de relajación. Está perfectamente claro que, aumentando las fuerzas de la mujer, se la ayuda mucho en los dolores y dificultades del alumbramiento.

El hospital, con su servicio especializado en la enseñanza de la gimnasia, era un lugar ideal para esta clase de tratamiento.

Para dar una idea de los ejercicios de gimnasia, que se llaman ya ejercicios prenatales, he tratado sistemáticamente de explicarlos a mis clientes. Gran número de mujeres embarazadas han venido a hablarme de sus experiencias. Me he dado cuenta de que muchas de ellas estaban en disposición favorable y que su condición física y psicológica había mejorado con ejercicios que evitaban igualmente los dolores de espalda, calambres, etc.

Los resultados eran tan alentadores que en 1945 el servicio de maternidad de Estocolmo decidió introducir los ejercicios de gimnasia prenatal en el programa de formación de Matronas.

Al principio, no había muchas enfermas que pagaran por esta clase de tratamiento; así, para aumentar su número, abri-

mos en 1948 un servicio gratuito especializado en ejercicios prenatales, en conexión directa con el servicio de maternidad.

Una de mis Matronas —que es Profesora de gimnasia— hacía practicar ejercicios a las enfermas en la sala de espera, para ocuparlas e interesarlas igualmente en dichos ejercicios.

El resultado fué que el número de Matronas que enseñaba esta gimnasia aumentó al 350 por 100 en doce meses.

En enero de 1950, en el hospital Carolina y en la maternidad del Gran Hospital, pusimos en práctica un programa de ejercicios que se añadió a los del método de Grantley Dick Read e incorporándose inmediatamente a los ejercicios prenatales.

La enseñanza comprende un curso sobre fisiología femenina, embarazo y aspectos anatómicos del alumbramiento. Las enfermas pueden entrar asimismo en el servicio de maternidad y recibir información sobre la anestesia con máscara y sobre la analgesia con trileno. Esta enseñanza tiene una gran importancia psicológica en más de un aspecto.

Las parturientas se dan cuenta entonces de que puede haber una técnica en el alumbramiento y que pueden obtener mejores resultados por sí mismas. Las mujeres son más inteligentes, más pacientes y, sobre todo, menos inquietas que antes.

Nuestro actual sistema de gimnasia prenatal se divide en tres partes: enseñanza, relajación y gimnasia. Para daros una noción mejor de nuestras experiencias, hemos hecho una encuesta en unos 2.000 casos consecutivos de alumbramiento en una Maternidad, en el año 1956. Hemos tenido respuesta de 775 casos. Gracias a dichas respuestas, hemos tenido base para esta encuesta.

Nos hemos esforzado en no tener más que una parturienta en cada sala. Cierto número de Matronas no querían tener varias enfermas que hicieran los ejercicios al mismo tiempo. Por consiguiente, al principio, las enfermas estaban solas. En ciertos casos puede que ésto no sea conveniente, pero en éste era necesario. Pensábamos que podríamos obtener los resultados de las experiencias hechas en otros lugares de nuestro país.

Las respuestas demostraron que la adhesión era más bien incierta. El 50 por 100 de las mujeres que están embarazadas por primera vez y algo menos del 35 por 100 de las otras, comenzaron a practicar estos métodos. Gran número de mujeres no venían a la Maternidad más que al examen médico,

por razones geográficas. La frecuencia de las visitas para estos ejercicios dependía en parte de las condiciones de la región, de la propaganda y de las llamadas que se habían hecho cerca de las mujeres embarazadas. Los ejercicios se asociaban lo más posible a un examen, para ver cómo se desenvolvería el embarazo hasta el parto. A causa de dichos exámenes era más fácil hacer salir a las mujeres de sus casas.

De manera general, se puede decir que el creciente número de madres que venían a los cursos, demostraba que se podía emplear este método. Naturalmente, se ve que si se hacen practicar los ejercicios a varias mujeres a la vez, hay determinadas ventajas. Hemos notado, por ejemplo, que gran número de madres se interesaban porque otras tenían interés. Este se puede aumentar igualmente enseñándolas en casa después del curso. Aunque los ejercicios sean extremadamente útiles en el período post-natal, parece ser que el número de madres que los practican es algo menos elevado. Esto, naturalmente, se debe al aumento de trabajo que el niño proporciona a la madre.

¿Qué tienen estos cursos, que las mujeres parecen demostrar un interés cada vez mayor por ellos?

Creo que no son sólo los cursos sobre el embarazo, el parto, la relajación y los ejercicios, sino igualmente los factores psicológicos. Los Doctores, Matronas, y los que tienen cierta experiencia de la gimnasia y de los ejercicios, dicen todos que dichos ejercicios estimulan a las enfermas a colaborar mejor con las Matronas.

Además, pueden cambiar ideas y explicar ciertas cosas a otras mujeres que se encuentren en las mismas condiciones que ellas; casi podríamos hablar de "Clubs de mujeres embarazadas".

De manera sorprendente, parece ser que de la enseñanza, relajación y gimnasia, el momento que prefieren las madres es el de la relajación. La explicación parece ser que, en nuestros días, se encuentran a menudo extenuadas por el agotamiento, beneficiándose con la posibilidad de hacer descansar a sus enfermas. Por consiguiente, los cursos comienzan con la relajación, continuando con la enseñanza y la gimnasia durante todo el embarazo.

Por otra parte, durante el parto, los ejercicios de relajación no parecen producir los mismos resultados, cosa que puede depender de las personas y empleo de los anestésicos. Sólo seis

mujeres de 344 cuyo embarazo no era el primero, parecían saber de qué hablaban. Incluso estas seis, fueron incapaces de decir si la relajación tiene alguna influencia sobre el dolor. Sólo la Matrona tiene la posibilidad de juzgar lo que es verdaderamente necesario y si la enferma está lo suficientemente tranquila para reducir su propio dolor. Además se puede citar otro factor psicológico: la presencia del marido, a quien la enferma puede coger la mano, durante el parto.

Después de los ejercicios de relajación, viene la enseñanza.

La enseñanza se compone, como hemos dicho, de una explicación sobre la fisiología del embarazo y del parto, sobre la anatomía general y sobre la técnica de la anestesia por inhalación de trileno.

Esta forma de enseñanza es muy importante. Permite a la enferma tener nociones de anatomía y fisiología y le proporciona, hasta cierto punto, la posibilidad de saber lo que pasa.

Cuando las pacientes visitan los servicios de maternidad, están mejor preparadas a lo que va a pasar, porque se les habla de los métodos de parto y se les muestran los aparatos que se van a utilizar. Traban conocimiento con el personal, la Matrona y el Tocólogo. De esta forma, la madre está en mucho mejor condición ante el parto y con mejor disposición para el personal que toma parte en él, facilitando grandemente su tarea. Es muy importante mostrar las técnicas de anestesia...

Los métodos de preparación psicológica y fisiológica, y la enseñanza sobre aquello con que las futuras madres habrán de enfrentarse, les da una posibilidad preciosa de colaboración con la Matrona.

Los ejercicios prenatales constituyen una forma de tratamiento obstétrico que no se puede descuidar. Por otra parte, me parece injustificado el afirmar, como se hace en algunos lugares, que disminuyen el dolor en el momento del parto. Este género de cosas puede llevar a graves decepciones.

Demostración:

Después de este preámbulo, madame Ringdahl (Suecia), Matrona y especialista en fisioterapia, hizo una demostración muy interesante de un curso de gimnasia a mujeres embarazadas que venían de una Maternidad de Estocolmo. La demostración se componía de los ejercicios siguientes: movimientos para evitar los dolores lumbares, activar la circulación y aprender la posición obstétrica; movimientos de caderas, hombros y brazos; ejercicios respiratorios, y ejercicios para aumentar la flexibilidad de la espalda. Fué seguida por la demostración de ejercicios de relajación.

Discusión

Una noruega, pregunta al Doctor Karlsson si la gimnasia puede ejercer influencia en la tensión arterial. Este contesta que no parece ser que los ejercicios ejerzan influencia en la tensión arterial, pero que, naturalmente, hay elevación de la tensión, aparte de los ejercicios, en este estado.

Madame Raasonk (Noruega), pregunta si las especialistas en fisioterapia suecas asisten a los partos. El Doctor Karlsson responde que sí.

Madame Fournier (Argel), pregunta en qué momento del embarazo comienzan los ejercicios y si las Matronas toman parte en su enseñanza. El Doctor Karlsson responde que los ejercicios comienzan desde el momento que se sabe que existe embarazo y que se continúan durante todo el tiempo que son precisos.

Madame Pouvreau (Francia), dice que el "Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes Francaises" niega a las especialistas en fisioterapia la responsabilidad de preparar a las mujeres para el parto. Madame Ringdahl, en respuesta a madame Pouvreau, dice que como hay muchas Matronas y pocas Profesoras de gimnasia, la cuestión de saber quién enseñará, se resuelve por sí sola.

Madame Duque (Francia), da un resumen de los resultados obtenidos en su Maternidad particular, en la que, desde hace algunos años, tiene la posibilidad de dar cursos de preparación para el parto. Dice que en Francia se admira la preparación sueca y que ésta ha sido una de las principales razones de su visita a Suecia. En Lyon comienzan los cursos de preparación hacia el sexto mes de embarazo, obteniendo mejores resultados con las primíparas que con las otras, porque estas últimas tienen mayor dificultad en la colaboración. Las roturas del perineo son raras; los fórceps se emplean en un caso entre 150 y la duración del parto se va haciendo menos larga. Los cursos en grupos pequeños, que se han hecho también para los maridos, han tenido un gran éxito.

LA VENTOSA

Doctor I. MALMSTROM (Suecia):

El Doctor MALMSTROM ilustró su conferencia con proyecciones. Como aquí no podemos reproducir dichas proyecciones, damos a continuación un resumen de su relato.

Desde hace mucho tiempo, al igual que otros muchos instrumentos obstétricos, la ventosa ha aparecido bajo numerosas formas diferentes. Ya en 1949, SIMPSON describió un instrumento compuesto de un casquillo aspirante, que se adhería por depresión al cráneo del feto. Pero este instrumento —y otros muchos— no podía agarrar firmemente el cráneo sin producir graves traumatismos.

Mi "ventosa" está concebida según el principio de que es preciso un casquillo o disco aspirante que pueda aplicarse firmemente a la cabeza fetal. Con este instrumento se podrían estimular los dolores del parto, por presión en el orificio del cuello, y hacer nacer al niño, rectificando su posición en ciertos casos. Gracias a esta ventosa se puede coger de una manera satisfactoria el cráneo, no quedando en la mayoría de los casos más que "una señal debida a la aspiración", que desaparece rápidamente.

DETALLES TÉCNICOS

La parte principal de la ventosa consiste en un casquillo de metal, que se hace en tres diámetros: 30, 40 y 50 mm.

La base de este casquillo está formada por un disco de metal, al que hay unido un tallo pequeño de acero inoxidable. Este, va unido a un tubo de caucho que acaba en un mango transversal y un tornillo. La ventosa está unida por un tubo de caucho a un tarro de vidrio, herméticamente cerrado, en el que se hace una depresión. Un manómetro fijo al tapón del

tarro, mide la depresión realizada en el interior. Hay además una bomba aspirante que se maneja fácilmente.

Generalmente, la esterilización se obtiene por ebullición (dejando colgar el tubo de caucho alrededor del tallo). Una vez esterilizado, el instrumento está a punto.

Cuando se utiliza la ventosa, se coloca el tarro de vidrio en una cesta especial próxima a la cama o a la mesa de operaciones.

APLICACIÓN Y EMPLEO

El casquillo se puede introducir generalmente sin anestesia. Hay que ejercer una fuerte presión en el perineo. Una vez introducido, se debe colocar el casquillo en la cabeza fetal o lo más cerca posible de la fontanela posterior. No debe tocar en absoluto al útero ni a las paredes vaginales.

Cuando el casquillo está correctamente colocado en el cráneo, el vacío forma un bulto sero-sanguíneo fetal artificial que llena dicho casquillo, debiéndose hacer esto progresivamente. Esto es esencial para que la ventosa se sostenga durante la tracción. Así, pues, se comienza por una débil depresión: 0,1 ó 0,2. Después, se esperan dos o tres minutos, para asegurarse que el casquillo está colocado exactamente y que no toca ni al cuello ni a las paredes vaginales. Si se adhiere el cuello, se puede separar fácilmente con un dedo sin alterar la depresión. Después se aumenta la depresión a 0,3 ó 0,4; se esperan otros dos o tres minutos, y se llega a 0,5 ó 0,6. El bulto sero-sanguíneo asegura ahora el haber cogido bien la cabeza fetal. *Esta operación es muy importante y debe llevar de cinco a diez minutos.*

Con una depresión de 0,5 ó 0,6, el traumatismo que se inflige al bulto sero-sanguíneo es mínimo. Si la tracción es muy oblicua o si hay que corregir condiciones patológicas, se puede llevar la depresión a 0,7 ó 0,8. Si hay poca dilatación se puede empezar por utilizar la ventosa más pequeña, tomando después una mayor conforme aumente dicha dilatación.

En las distocias, se puede empezar también con una ventosa pequeña si es necesaria para alcanzar la cumbre de la cabeza fetal.

Método obstétrico

El principio esencial es colaborar con la paciente: tracciones intermitentes sincronizadas con las contracciones del parto.

La enferma está extendida en la cama y el maternólogo está enfrente de ella. Con la mano derecha hace las tracciones intermitentes con el tallo de la ventosa. Introduce los dedos índice y medio de la mano izquierda en la vagina y los coloca en el casquillo de la ventosa y en la cabeza fetal, cosa que le permite sentir y controlar los movimientos de esta última. De esta forma, puede ejercer una presión firme y directa en la ventosa y llevar la cabeza del feto hacia el sacro. La experiencia demuestra que en la mayoría de los casos, el parto con ventosa se puede efectuar en media hora, aunque a veces puede exigir una hora.

Latidos del corazón del feto

Si los latidos del corazón del feto han sido buenos desde el principio, no hay motivo para inquietarse. Se puede remediar rápidamente la inercia uterina y las modificaciones de los ruidos del corazón. No existe la asfixia del feto producida por el parto.

Tracción final con la ventosa

Para las inercias uterinas secundarias o para las amenazas de asfixia, por estar la cabeza fetal apretada por la pelvis, se puede dejar a la enferma en la cama.

Si hay un tumor fetal pronunciado, se aplica rápidamente la ventosa utilizando una depresión de 0,6 a 0,7. Sin anestesia y sin mover a la enferma, se puede efectuar la expulsión rápida por medio de tracciones potentes sincronizadas con las contracciones uterinas.

En cada caso particular, la dirección de la tracción se debe adaptar a las circunstancias.

Tras el parto y separación de la ventosa, el feto tiene un bulto sero-sanguíneo pronunciado y a veces un cefalohematoma, pero en general todo esto desaparece rápidamente y sin dejar huellas.

Campo de acción de la ventosa

Como se desconocen las causas fundamentales de la inercia uterina, hay diferentes criterios sobre la forma de tratarla.

En caso de parto prolongado con inercia uterina, los medicamentos pueden resolver a veces el problema. Pero entonces el niño está a menudo en peligro, ya que el aumento de la fuerza de expulsión, sin graduación ni guía, puede ser demasiado fuerte para él y producirle lesiones craneanas definitivas.

La ventosa es un instrumento y un método que permite producir un aumento fisiológico de fuerza de expulsión, prestando al mismo tiempo una ayuda mecánica lo más moderada posible.

Pueden existir otras situaciones obstétricas en las que las fuerzas de expulsión sean normales, pero en las que, por la salud de la madre, haya que acelerar el parto. Así, pues, se utiliza la ventosa en los casos de desfallecimiento cardíaco y de pre-eclampsia.

En los casos extremos en los que la extracción con fórceps o la cesárea están contraindicados, la ventosa puede salvar la situación. Actualmente se ha utilizado este instrumento en 550 casos.

Discusión

Miss Humpheys (Gran Bretaña), dice que ha provocado gran interés un artículo aparecido en la revista británica "Chronique des Sages-Femmes" sobre el empleo de la ventosa. No obstante, se pregunta cuál es el valor de este instrumento cuando las contracciones del útero son buenas. Miss Humpheys pregunta al Doctor Malmstrom si cree que es peligroso emplear la ventosa en casos de inercia. El Doctor Malmstrom dice que él la ha empleado en casos de toxicosis, de deficiencia cardía-

ca y en otros en los que, en interés de la madre, era preferible acelerar el alumbramiento. Dice asimismo que no se ha dado cuenta jamás que haya peligro alguno en emplear este instrumento en casos de inercia.

El Doctor KARLSSON completa las observaciones del Doctor MALMSTROM explicando que es esencial conocer los casos individuales antes de utilizar la ventosa. Dice que una buena sincronización con las contracciones evita las dificultades y riesgos, y cree que es también necesaria la cooperación con la enferma. Dice que si este instrumento se utiliza correctamente no hay ningún problema.

El Doctor MALMSTROM continúa insistiendo en que las diferencias de presión pueden seguirse y vigilarse con un manómetro. El parto se efectúa más por la fuerza de extracción que por la de propulsión, teniéndose que dar cuenta de la de tracción. El instrumento toca únicamente el cráneo y, por consiguiente, debe ayudar a la naturaleza sin provocar peligro.

Mrs. HACMAN (Holanda), pregunta si se puede utilizar el aparato en los casos de nacimiento de cara, si hay que romper las membranas antes de aplicarlo y si la ventosa puede dañar al cuello del útero. El Doctor MALMSTROM dice que esto últimc no ocurre jamás. Dice asimismo que el aparato se ha empleado con éxito en numerosos casos de rupturas prematuras de membranas.

Mademoiselle BIBAS LAFARGUE (Marruecos) expresa el profundo interés que ha despertado en ella la exposición del Doctor MALMSTROM. Pregunta si las Matronas suecas pueden utilizar la ventosa. El Doctor MALMSTROM responde que está hecha de forma que las Matronas podrían utilizarla, a condición de que sepan bien su manejo.

LAS MATRONAS EN EL MUNDO DEL MAÑANA; SU FORMACION, ACTIVIDADES PROFESIONALES Y SOCIALES

Informe presentado por Madame MARTHE JAY (Francia):

El tema que la Confederación Internacional de Matronas me ha autorizado a tratar, no es en absoluto el que tenía pensado estudiar.

Había puesto como tema de estudio: el reclutamiento, estudios, actividad profesional y futuro de la Matrona. Esto pudo parecer demasiado complejo y no tener cabida en el cuadro de trabajo de la Confederación.

Sin embargo, mi intención no era tratar a fondo ninguna de dichas partes, sino simplemente recordarlas cada vez que me pareciera necesario para aclarar los puntos de vista que quería someter al Congreso.

Así pues, mis proposiciones sólo se justificarían someramente.

Tengo la impresión de que hemos llegado al momento en que debemos —por nuestras colegas en ejercicio y por el futuro de la profesión— estando en juego la existencia de la profesión, tomar una situación precisa e incluso de combate si es necesario.

Considero que, aparte de las comunicaciones científicas o técnicas que tienen un gran interés, nuestra Confederación tiene el deber de decir sin más tardanza, lo que quiere expresar por la palabra *Matronas*, de quién es la culpa de que su papel sea discutido, su lugar impugnado y su existencia amenazada.

La idea que se tiene de la Matrona, en cada país, no es única.

Difiere también según los Estados.

Corresponde a las intenciones.

Las legislaciones relacionadas con las Matronas no son iguales.

En el seno de una organización profesional como la Confederación Internacional, es indispensable que se establezca la definición de la Matrona.

Convendrá que se acepte por el mayor número posible de organizaciones profesionales nacionales y después por los Gobiernos correspondientes.

Esto es una tarea delicada y peligrosa.

Delicada porque debe reunir el máximo de derechos sin formar un largo inventario. Hay que saber elegir. Peligrosa si abarca tareas que puedan conducir a una desviación de la profesión, debilitándola así.

Es una concepción general que intento defender ante vosotras.

A mi entender, la mejor definición se tomará de la Matrona del país en el que sus derechos estén más extendidos, las condiciones de ejercicio sean mejores, y en el que sea objeto de la más alta consideración.

Estas tres condiciones constituyen la base de mis reflexiones.

¿Existe actualmente un país en donde estén reunidas las tres? Sería aventurado afirmarlo, pero se las puede encontrar aisladamente en uno u otro.

Entonces se trata de apoyarse en las ventajas adquiridas en uno para imponerlas a los otros.

Pero, ¿cómo querer en un Estado condiciones de ejercicio favorable, si la cultura científica y la educación profesional de la Matrona no están adaptadas?

Por ésto es por lo que me había propuesto tratar del reclutamiento y de los programas de estudios.

Este punto de vista en conjunto del problema, no ha sido admitido por el Consejo ejecutivo de la Confederación y, en su consecuencia, no continúo con él.

Sin embargo, como es el mismo principio de mi concepción, me veo obligada a citar si no a desarrollar, las diversas partes de mi razonamiento.

La Matrona es la que sin rehusar ninguna responsabilidad, tiene bastante cultura, aptitudes profesionales, orgullo, dignidad y valor para adoptar una actividad de practicante independiente.

Las cualidades comprendidas en la definición, son la consecuencia directa de los derechos que corresponden a la forma de ejercicio de la profesión.

Es evidente que las cualidades exigibles a la Matrona, difieren según la extensión o restricción de dichos derechos, según la responsabilidad que le sea impuesta y de la independencia que se le reconozca.

El reclutamiento, estudios, perfeccionamiento profesional y las cualidades físicas y morales que se requieren, son funciones de dichas cualidades.

Es natural pensar que el tipo ideal corresponde al de la Matrona cuyo campo de actividad está más extendido, sus formas son más diversas y su responsabilidad es mayor.

Está claro que el ejercicio liberal de la profesión responde a estas condiciones.

En efecto, esta forma de ejercicio es a la vez la más completa y la más exigente.

Según mi criterio, el campo de actividad abarca todo lo que se relaciona con la vida y concepción de la familia, limitándose esta última a la madre y al niño hasta que haya alcanzado una determinada autonomía: vista del mundo exterior, alimentación, marcha...

Para que la responsabilidad sea legítima, es importante que la Matrona tenga una independencia completa para todo aquello que sea de su competencia.

Examinemos cada una de las proposiciones que he enunciado.

Es indudable que el llevar a buen fin un parto supone la información completa y exacta de la evolución del embarazo.

Las enseñanzas verbales o las observaciones consignadas en un carnet de maternidad, no pueden reemplazar a los conocimientos completos y directos que se pueden obtener por los exámenes obstétricos prenatales durante la gestación, seguido del progreso de la misma.

En Francia, la Matrona no sólo está autorizada para practicarlos, sino que su código de deontología hace de ello una obligación cuya importancia no pasará inadvertida a nadie.

El poder tratar manualmente ciertas distocias es también un criterio de importancia.

Así pues, la Matrona francesa encuentra en la nomenclatura de los actos que le están permitidos: el parto artificial, tratamiento del cordón, y otros.

No hay que descuidar la lista de instrumentos que puede

emplear y los productos farmacéuticos que está autorizada para prescribir o autorizar.

La práctica de exámenes prenatales, el tratamiento manual de las distocias, la importancia de los productos farmacéuticos autorizados y la facultad de emplear ciertos instrumentos, consagra a la Matrona íntegra cuya independencia de juicio y acción está admitida.

La Matrona cuyo diploma no abarque estos privilegios, no es una Matrona en el sentido de la palabra.

Nuestro deseo es que todas las Matronas del mundo lleguen a ellos.

La práctica de todos los cuidados —no obstétricos— prescritos o aconsejados por el Médico, es un complemento cuyo interés no se puede negar.

La acción social viene a completar felizmente un cuadro que, para ciertos países, puede ser ambicioso; sería de desear que esta aptitud múltiple se extendiera universalmente.

Para llegar a estos resultados altamente deseables, es necesario que la duración de los estudios y su calidad correspondan a los derechos virtuales definidos y a la polivalencia que deseamos se conceda a la Matrona.

Sé que en ésto se pueden manifestar temores. En un sentido, es peligroso que la Matrona tenga todas las posibilidades expuestas. Estas pueden provocar la idea de una conversión o desviación de la profesión.

Nuestros adversarios quieren proponer una transformación de la Matrona en auxiliar de Practicante. Así, la expresión de Enfermera obstétrica o ayudante de maternidad se sostiene con firmeza por aquellos que quieren tener una colaboradora inteligente y hábil, pero que ésta dependa de ellos.

Nos pertenece a nosotras rehusar categóricamente tales expresiones. Sería francamente imprudente que las propias Matronas se sirvieran de ellas. Las que lo hacen, nos traicionan. Es ofrecer gratuitamente nuestro trabajo, sin ninguna compensación; trabajo que incluso no es buscado por los poderes públicos.

La generalización de esta tendencia daría lugar a nuestra desaparición, tan deseada, dado los esfuerzos hechos y los numerosos medios puestos en práctica para llegar a ella.

Añado que no está demostrado que la desaparición de la Matrona como tal sea un progreso.

Esta convicción —además de los intereses que tengo que

defender— es la que me obliga a combatir toda idea, proposición o tendencia a una restricción, por pequeña que sea, de los privilegios, pero también de las obligaciones, unidos a nuestro título.

La preponderancia de la Matrona a través de los siglos pasados, ha dejado de ser considerada como natural.

El progreso científico ha sido incluso sofocado voluntariamente, cuando ha parecido que iba al encuentro de estos mismos intereses.

Todo lo que puede contribuir a hacer más fácil la productividad gracias a toda clase de auxiliares, sin perder ninguna ventaja, se ha recomendado bajo el título de interés de los pacientes.

Sin que domine el deseo del bien de la madre y del niño, apoyándose en el hecho de que puede sobrevenir alguna molestia, con una propaganda deshonesta, se ha presentado el medio hospitalario como el único válido.

Se ha tratado también de justificar con gravedad, y casi con convicción, esta agresión contra la naturaleza que es el parto dirigido. Incluso iba a llegar a ser la reina, la intervención sistemática preventiva.

La Matrona, mujer o madre ella también, al estar más cerca de la gestante o de la parturienta, compartiendo naturalmente sus preocupaciones, ha mostrado siempre más prudencia y ha llevado a la parturienta a confiar en ella.

Se ha inclinado siempre por la sencillez en el parto, sabiendo que la ciencia sobrepasaba a la naturaleza quebrantando sus leyes.

Desde 1903, una Matrona francesa puso en práctica el parto sin dolor, publicando sus consejos en 1906.

¿Qué se hizo de una teoría tan audaz, de un descubrimiento hecho sin permiso de los poderosos?

Más tarde, treinta años más tarde, un autor patentado no pudo hacerse entender.

Han sido necesarias circunstancias especiales y una opinión pública advertida, para que se reconozca al parto como una cosa natural; para decir que no tenía que ir forzosamente acompañado de dolores; para admitir que las interpretaciones sabias, instrumentos y drogas, eran un socorro legítimo sólo en casos extremos y excepcionales.

Dar a luz en casa se consideraba como cosa de espíritus limitados, atrasados.

La familia se puede aumentar, sin pedir permiso a una teoría atada por sí misma a un sistema donde la extrapolación de algunos fenómenos irregulares toman viso de realidad.

Se hacen aún esfuerzos para reservar la mayor parte posible a la intervención del hombre. Estos esfuerzos se equivocan de objetivo. Habrá que admitir un día la revisión general de las ideas. Los verdaderos sabios, los practicantes de valor, los conscientes, no tienen nada que perder.

Así, pues, dar a luz en casa naturalmente, rodeada del cuidado de los suyos, ya no es una aberración intolerable.

La Matrona está atrevidamente para una teoría subversiva: la creación, la extensión de la familia es un asunto de familia.

El hombre honrado ha reconocido ya que con frecuencia se cometió un crimen contra la naturaleza al separar al hijo de la madre.

Nosotros decimos que es casi siempre una falta sacar a la futura madre del calor del hogar, para aislarla en el ambiente de la multitud indiferente, cuando no hostil, de un centro hospitalario.

Incluso cuando la acogida es mejor en la Maternidad, nada puede sustituir a la casa.

Sé bien los escepticismos, oposiciones e incluso odios que he provocado en los treinta años que llevo combatiendo por que se reconozca esta primera verdad: la afectividad no se puede descartar de un nacimiento y ésto sólo se puede crear en el seno de la familia.

Esta posición parecía insólita hace algunos años, cuando todo el mundo iba con la moda que sostenía que dar a luz en una atmósfera de temor templada por la certeza de ser salvada por una intervención sabia de un mal imaginario, era lo mejor.

A veces, se desplazó el peligro y los fórceps, por ejemplo, dejaron paso a la cesárea; los resultados no eran menos inquietantes, pero esto era más grave y más caro.

El mayor mal que se pudo hacer se hizo, y aún es muy frecuente poner en guardia sistemáticamente a la gestante contra escollos excepcionales.

¿Se ha pensado una sola vez en que las advertencias prodigadas —no gratuitamente— para los casos laboriosos, y la repetición abusiva de la posibilidad de accidentes graves, podían crear distocias psicológicas?

¿Vista del espíritu? Reclamo toda la responsabilidad.

¿Psicosis del accidente? Afirmo que es real.

Buscando bien no sería imposible justificar tal teoría.

Sin querer rebuscar demasiado la demostración, no es anticientífico pensar que la angustia producida por consejos intempestivos, da lugar a reacciones que conducen a dificultades provocadas artificialmente, pero reales.

La demostración, por el momento, se ha hecho por los resultados del método psicoprofiláctico que descansa exclusivamente en bases psicológicas sacadas de trabajos científicos de valor reconocido en la actualidad.

Insisto y digo que si al número, cada vez mayor, de partos practicados siguiendo este método corresponde una notable disminución de los incidentes durante ellos y la desaparición casi total de los accidentes del alumbramiento, no es dudoso, por el contrario, que la incerteza experimentada durante nueve meses puede engendrar una actitud remolona inconsciente que ponga obstáculos a la marcha natural del parto.

¡Qué responsabilidad cae sobre aquellos que proclaman la necesidad absoluta de una vigilancia apremiante, y sobre los que hacen creer que el nacimiento de un niño se debe considerar como un peligro del que sólo se puede escapar allí donde se acumulan aparatos y competencias!

De la excepción se ha hecho la regla.

La sistematización del peligro producto de alarma, es el arma más segura para convencer a la paciente de que debe tomar todas las precauciones contra una posible deficiencia que sólo una organización sanitaria completa puede detener eventualmente.

Según mi criterio, en un campo en donde el psiquismo está siempre presente, es del ambiente en el que vive la madre, de donde ésta debe sacar las satisfacciones virtuales de su estado.

Corresponde al Practicante, o a la Practicante, completar o provocar la acción familiar, mostrando a la familia las razones de una confianza en el futuro, a la que debe afianzarse sólidamente.

En primer lugar, porque esta confianza tiene un fundamento, y después, porque la paciente contribuye con su acción personal al desenlace feliz de un suceso natural.

Durante medio siglo, se proclamaron los beneficios del asilo para niños de pecho; se quiso demostrar con gran energía,

que los bebés se beneficiaban de todas las ventajas de una ciencia segura de su legitimidad; que la competencia del personal reemplazaba ventajosamente al empirismo ignorante de la madre, y que la sabia técnica de la crianza en común producía resultados jamás obtenidos. Se acabó por llegar a la conclusión de que todo esto era falso. Faltaba un catalizador irreemplazable: el amor maternal; el calor de la presencia materna.

De este error demostrado, ¿se han sacado las conclusiones que se imponían, es decir, la prudencia?

Ciertamente no; se le ha desplazado simplemente.

Se ha abandonado el asilo para niños de pecho, para entrar en el terreno de la maternidad.

En ésto se han tratado de reducir al mínimo las consecuencias enojosas de la obstinación en los motivos conocidos. Por medio de costosas transformaciones, se intenta humanizar el ambiente hospitalario. Se aísla cada vez más a las parturientas unas de otras, se admite más fácilmente a los maridos, y, a veces, con pretextos diversos, se les autoriza a vivir cerca de ellas. Pronto le llegará el turno a los niños. De esta forma se habrá vuelto a formar la atmósfera familiar; mejor dicho, se transportará la familia a la Maternidad.

Esperamos la palabra genial que proponga dejar a la familia en casa.

Téngase presente que no he pedido jamás la supresión ni de la Maternidad pública o privada, ni del asilo para niños de pecho.

Estas Instituciones han prestado, y seguirán prestando, grandes servicios. Son absolutamente indispensables; pero sólo en los casos precisos, cuando no es posible actuar de otra forma: casos médicos en los que la intervención requiere, evidentemente, el medio hospitalario; casos sociales donde el ambiente familiar, por motivos de orden moral o por insuficiencia de organización material, no convenga en absoluto, bien para la maternidad, bien para la pertenencia de los niños que no están aún en la edad escolar.

En el campo de la maternidad y de la infancia, los dogmas se establecieron mucho más fácilmente, dado que las organizaciones materiales espectaculares suplían la agudeza de la inteligencia científica.

Este estado de ánimo subsiste hasta tal punto, que, últimamente, como se vió que ciertos accidentes atribuídos a la sífilis

no tenían nada que ver con ella, se comenzó a estudiar la utilización de los esfuerzos mal dirigidos y de los recursos mal empleados.

Felizmente se tenía a mano el factor rhesus.

Se pensó rápidamente en sus fechorías.

Incluso inmediatamente, se propuso investigarlo sistemáticamente en todas las futuras madres, tan pronto como se tuviera conocimiento de su estado. Se habló de medidas preventivas. Se olvidaba simplemente que, en el estado actual de la ciencia, no hay prevención posible.

Se puso en estudio un sistema vacío de sentido y de objeto, sin la intervención pertinente de una Matrona.

Seguramente, se habrían impuesto sanciones a las futuras madres que no hubieran tenido el buen gusto de someterse a todas las obligaciones que espíritus fértiles no sentían inquietud en precaver.

Este es el ejemplo perfecto del empleo en el vacío del espíritu de sistema.

La experiencia nos enseña que, muy eventualmente, se habrían encontrado estadísticas que demostraran la eficacia de las medidas impuestas.

Mi protesta permanente va contra el exceso y no contra la organización sanitaria bien equilibrada.

Ved por lo que se desea nuestra desposesión, y por lo que, instintivamente, nos oponemos a las construcciones abstractas. Nuestra clarividencia no es tolerable.

El carácter rudimentario de nuestra ciencia no nos autoriza antes de que otros se decidan a abrir los ojos.

He dicho siempre que el medio familiar es el lugar por excelencia para el parto. Está unido a la naturaleza misma del suceso, la importancia de la Matrona no aguanta la mediocridad.

Pero añado: dondequiera que se encuentre la Matrona, el ambiente se mejora. Por ésto es por lo que quiero que la Matrona tome parte en las consultas prenatales y de niños de pecho; que en toda Maternidad pública o privada haya por lo menos una Matrona permanente; que no sea separada de los asilos para niños de pecho, y que las asociaciones familiares y organismos sociales la llaman para una colaboración indiscutiblemente eficaz. Expreso esta idea en otro lugar.

El hecho de haber tenido a la Matrona sistemáticamente aislada de los estudios y de las realizaciones de orden social,

ha privado a los poderes públicos y privados de una ayuda preciosa, y a los organismos encargados de aplicar las concepciones gubernamentales, de una colaboración que hoy día considera importante más de uno de los responsables de la salud pública.

Las intenciones son, sobre todo, legislar o decretar; pero que los interesados acepten y traduzcan en hechos dichas intenciones, y el emplear la persuasión más que la sanción, exige esfuerzos de educación que casi siempre se ha olvidado tener en cuenta.

Se pensó que bastaba dictar obligaciones, acompañadas de amenazas de sanción, para alcanzar el fin propuesto.

Es un método sencillo en el que la autoridad, a la sombra de la coerción reemplazó la adhesión.

El mundo civilizado admite la libertad de pensamiento, la de conciencia, la religiosa, la política; pero en el terreno médico se pretende imponer una dictadura basada en conceptos científicos, cuyo carácter previsor constituye una de sus características.

Se afirma también que es posible una cierta elección, pero la insistente propaganda y estrechez económica le añade un carácter de hipocresía que subleva.

Por otra parte, poco a poco, los partidarios de todas estas obligaciones pierden la confianza del público, a medida que se va viendo que sus afirmaciones son simples suposiciones erróneas.

Nosotras podemos ayudar a hacer más rápida esta evolución, si queremos estar presentes dondequiera que se trate de salud, bien como Matronas, como mujeres, o como madres de familia. En este aspecto no defiendo solamente los intereses de la Matrona.

Que coinciden con los de la futura madre y los de la familia, es un hecho, y la demostración de esta coincidencia no es sospechosa.

Dicha demostración se impondrá por sí sola.

Por lo demás, no tardaremos —estoy convencida— en ver nuestra tesis admitida por los mejores sociólogos.

Como en el parto sin dolor, estaremos entre los promotores de una evolución social primordial.

Así es como respondo al fin del título de mi exposición. Reclamo para la Matrona un papel social, y que ésta lo merezca. Considero que es una de las bases de su futuro.

Por ésto es por lo que he insistido tanto en los aspectos psicológicos de la maternidad. La acción psicológica, no se detiene jamás en su propio objeto, tiene prolongaciones inevitables.

Precisamente porque la Matrona reconoce y proclama el valor del sentimiento familiar, es por lo que se debe conservar su lugar, no sólo en el momento de la gestación y del alumbramiento, sino también bastante tiempo después.

Si se le admite su influencia cuando crece la familia, puede continuar su acción bienhechora si sabe aconsejar sin imponer, sobre todo en lo que respecta a la vida familiar y social. Habrá que hacer un esfuerzo de documentación y adaptación. A las organizaciones profesionales pertenecerá el satisfacer las exigencias modernas de los problemas sociales.

¿Cuáles son dichos problemas? Son múltiples: ayuda social, seguridad social, prestaciones sociales y ayuda a la vivienda, son los principales. Se pueden añadir cuestiones tan importantes como las relativas a la nutrición. Estas últimas tienen frecuentemente consecuencias más decisivas que la prevención puramente médica.

Así, pues, no se abandonará a la Matrona después del nacimiento. Hay en ello un interés que no sería acertado descuidar.

Nuestra apatía, silencio, pereza y todo aquello que actúa en nuestro lugar, trabaja contra nosotras.

Ante cierto desafecto, tal vez inmerecido, no debemos lamentarnos resignadamente, sin tratar de adquirir los conocimientos que nos faltan y que nos hubieran permitido ocupar puestos que han sido cubiertos de otra forma.

Somos mujeres que tenemos contacto con las mujeres, que nos habíamos ganado su confianza. La profesión había adquirido privilegios. ¿Qué hemos hecho?

Si queremos sobrevivir como Matronas, tenemos que esforzarnos individualmente en todos los terrenos: cultura científica, perfeccionamiento profesional, acción social, etc.

Es inútil que nos reunamos para discutir el valor de los distintos métodos de cuidados si no somos llamadas para prestarlos.

Asombradas de la fragilidad de nuestra situación, no hemos reaccionado ni vigorosa ni inteligentemente. Debemos reconquistar la confianza que no hemos debido permitir que desapareciera.

Hábilmente conducida con los intereses de nuestras pacien-

tes, la acción social es un medio legítimo de comunicación; daremos servicio y crecerá la nueva influencia que logremos.

Debemos armarnos intelectual y socialmente para defendernos y no perecer.

Debemos exigir un papel en la construcción del mundo de mañana, al que está ligado nuestro futuro. Como dicho mundo será en gran parte como lo hagan las mujeres y nosotras tenemos ocasión de ser las más activas de entre ellas, no debemos dejar pasar esta ocasión.

¿Por qué no tenemos ya la influencia que se nos concedía no hace aún cincuenta años?

Hay que reconocer que no hemos seguido con bastante agudeza la evolución del espíritu público siempre necesitado de novedad. Hemos permitido asociar el parto a las enfermedades que progresos científicos indiscutibles han logrado combatir eficazmente.

Si la procreación es una enfermedad, felizmente es incurable.

Algunas de entre nosotras —las más culpables— han admitido la anterioridad e incluso primacía de la medicina sobre la obstetricia.

Y todas nosotras no hemos prestado bastante atención a la evolución social, nos hemos contentado con oponernos a ciertas exageraciones y desviaciones.

Deberíamos enterarnos de muchos problemas sociales, en beneficio de aquellas a quienes nos acercamos cada día.

Con esta acción social tenemos ocasión de tomar parte importante en la acción emprendida para determinar la dirección que debe tomar el mundo de mañana.

Queremos que el afecto —desaparecido en la mayoría de los conceptos políticos y sociales de los hombres— vuelva a ocupar su lugar en la vida de las sociedades.

Sin esta revalorización del sentimiento, la vida será insoportable.

Por la esencia propia de nuestra profesión, nos corresponde, más que a otros, contribuir a hacerla más humana.

La Conferencia Internacional de Matronas, tiene el deber de examinar sin tardanza las proposiciones que someto a su consideración y de tomar con vigor las resoluciones que se impongan para defensa de la profesión y de su lugar en el mundo de mañana.

DESARROLLO DE LOS LACTARIUMS

(ALEMANIA)

El Doctor A. ROSSIER (París), ha escrito lo siguiente:

"La idea de dar al recién nacido o al niño de pecho la leche extraída del seno de otra madre, es ciertamente muy antigua, y hace mucho tiempo que en los hospitales de niños y salas maternales bien preparados, se ha comprendido la necesidad de hospitalizar, con sus hijos, nodrizas sanas con el fin de beneficiar con parte de su leche a los otros niños; estas mujeres eran "donantes de leche". El sistema basado en la hospitalización de las donantes, tiene la ventaja de permitir distribuir una leche recién recogida que se puede consumir cruda."

En el último cuarto de siglo, se ha modificado completamente la situación de nodriza en todos los países civilizados. Los movimientos sociales han eliminado prácticamente esta profesión femenina. Es, pues, muy difícil, asegurarse la leche de una nodriza.

A pesar de la fabricación de leches admirablemente compuestas, la de la mujer no ha podido ser igualada. Con frecuencia, es el único medio de salvar la vida de un niño de pecho delicado.

Se han creado, pues, *bancos de leche maternal*, designados generalmente con el nombre de *LACTARIUMS*, en donde toda mujer puede proporcionar su excelente leche. El lactarium se encarga, por consiguiente, de la recogida de leche, exámenes relacionados con ella, esterilización, conservación y distribución de las mismas. Las experiencias han mostrado que para un lactarium hace falta:

1. *Locales adecuados.*
2. *Personal especializado.*

1. La dimensión de los locales dependerá de la importancia del lactarium, dividiéndose éstos en:

a) Despacho de la Directora.

b) Sala de recepción, en donde se recibe a los donantes y compradoras.

c) Sala de exámenes, equipada para el examen médico de las donantes, sus hijos y el personal del lactarium.

d) Laboratorio, que tendrá el material necesario para el examen químico y bacteriológico de la leche.

e) Sala de preparación y conservación de la leche, que contiene aparatos de limpieza y esterilización de las botellas, cubas para la pasteurización y enfriamiento de la leche, y aparatos frigoríficos.

2. *El personal,* dependerá igualmente de la importancia del lactarium. Damos a continuación un ejemplo de Comité que tomará las medidas oportunas para la buena administración de la organización:

1) Un Director Médico que se encargue del control médico de las donantes y sus hijos, y del examen periódico del personal del lactarium.

2) Una Directora Enfermera o Matrona calificada.

3) Una encargada del Laboratorio que se ocupe de la leche y su manipulación.

4) Una Enfermera visitadora, encargada de la instrucción de las donantes.

5) Un mozo encargado de la recogida de la leche.

La Directora de los lactariums pequeños, se encargará de las visitas domiciliarias a las donantes, de los trabajos de laboratorio, de llevar los libros, así como de la recogida de leche en bicicleta o auto.

La mayoría de los lactariums —por ejemplo en Alemania— están *anexionados a una clínica infantil,* y la leche recogida se proporciona esencialmente a los niños prematuros o dispépticos alojados en el hospital (Bale, Nuremberg, Augsbourg). En otras ciudades como Liege, Erfurt, Wurzburg, Hamburgo, Heilbronn Pforzheim, los lactariums están *unidos a la Maternidad* de donde proviene la leche. En estos casos, las instalaciones existen ya para otros fines, pudiéndose utilizar para el lactarium.

Existen también *lactariums independientes* que entregan la leche no sólo a las clínicas y maternidades, sino igualmente a los niños de pecho que se cuidan a domicilio. Así ocurre en Ginebra, en donde el lactarium está instalado en el Dispensario de la Cruz Roja. Igual ocurre en Wurzburg y Munich.

En relación con el *reclutamiento de donantes* y propaganda, el profesor MARTÍN DU PAN, dice: "Hay que renovar continuamente el contingente de donantes. La experiencia nos ha demostrado que *la petición de las Matronas* a las madres jóvenes, da los mejores resultados, tanto en la Maternidad como en el domicilio. En cada habitación de la Maternidad de Ginebra, hay un cartel con un texto pequeño para obtener donantes. También se pueden reclutar en las consultas para niños de pecho. La publicidad por radio, carteles, periódicos y conferencias, es mucho menos eficaz.

Sólo se admitirán las mujeres cuyo *examen médico* sea satisfactorio (examen radiológico del tórax y toma de muestra de sangre para reacción de Bordet-Wassermann). Naturalmente, ellas y sus hijos serán vigilados de una manera regular.

Inmediatamente después, la visitadora a domicilio hará una encuesta sobre el ambiente social, higiene general y condiciones psicológicas. La visitadora dará consejos en relación con la recogida de leche maternal, insistiendo en la necesidad del lavado de las manos antes de esta operación, limpieza del pecho con solución de alcohol-glicerina, empleo del biberón estéril entregado por el lactarium y obligación de hervir durante cinco minutos el recipiente de vidrio del sacaleches antes de cada toma. El profesor FREUDENBERG es autor de excelentes recomendaciones dadas a todas las donantes de Bale. Sólo una buena instrucción y el control asiduo de las donantes, permitirá obtener una leche conveniente.

Generalmente, *la leche se recoge una vez al día,* bien por la Enfermera visitadora, bien por un chófer o mozo de recogida.

Cada biberón llevado al lactarium se inscribe en un *registro especial,* con anotación cotidiana, a nombre de la donante, de las cantidades recibidas. Los biberones son sometidos a *control sistemático.* La leche recogida se somete a pruebas que permiten determinar la *acidez,* enumerar su *flora bacteriana,* determinar su *peso específico* y ver la *adición de agua y leche de vaca.* Rara vez se observan falsificaciones.

Hay varios *sistemas de esterilización y conservación de la leche.* En el lactarium de Erfurt, fundado en 1927 por la Doctora M. E. KAYSER, modelo ideal de todos los lactariums alemanes, los biberones de 200 gramos se esterilizan de 5 a 7 minutos, a 100 grados, conservándose en el frigorífico a 2 y 5 grados durante semanas y meses.

LINNEWEH, recomendaba primeramente la adición a la leche

de mujer de 2 mg. por 100 de *estreptomicina*, para conservarla al abrigo de las bacterias.

En casa del Doctor ROSSIER, de París, los biberones de leche son *tindalizados*, es decir, sumergidos en cubas en las que están 20 minutos a 65 grados, durante tres días. Rápidamente enfriados por un chorro de agua después de cada calentamiento, se conservan inmediatamente después en un frigorífico a + 40 grados, constituyendo el stock corriente. Otros lactariums, *pasteurizan* simplemente la leche, calentándola una vez a 73 grados Celsius durante 30 minutos, o a 68 grados C. durante 35. El *stock* de muchos lactariums está constituído por leche *congelada a baja temperatura*; cuando se deshiela en agua tibia, vuelve a encontrar inmediatamente sus principales propiedades. Otra parte del *stock* de París y Erfurt, es *desecada y conservada* en forma de *leche en polvo*.

La leche maternal del lactarium se destina a los prematuros faltos de peso, a los débiles y a los lactantes atacados de enfermedades muy graves, tales como toxicosis, etc. También se entrega *a familias* que presentan un *certificado médico detallado* que justifica la necesidad absoluta de leche maternal.

En París, el precio de venta es de 1.000 francos el litro; en Alemania Oriental, de 5 a 8 DM; en Alemania Occidental, a 10 DM. Se paga a 100 por 100 por la Seguridad Social de estos dos países. Por otra parte, las donantes de leche reciben una *gratificación* de 600 francos por litro en Francia, y en Alemania a 3, 5 y 8 DM y complementos; por ejemplo, en Alemania del Este 50 gramos de mantequilla y 100 de carne.

El lactarium es un *organismo sin beneficio pecuniario*. Su organización se debe emprender conociendo plenamente la razón social de dicho organismo, fin perseguido y problemas financieros a que da lugar. Los lactariums de Pforzheim y Wurzburg, funcionan sin subvenciones y sin déficit.

El origen de la recogida de leche de mujeres no hospitalizadadas, pero que van a él para que allí se les extraiga la leche, se remonta a E. Mayerhofer y Pribram, 1909, y después, 1910, Talbot en Boston. Más tarde se crearon lactariums en Alemania, Bélgica, Francia, Finlandia, Suecia, Suiza, Austria, Rusia, Estados Unidos, Canadá y otros países.

En *Alemania*, madame MARIE ELISE KAYSER, Doctora en Medicina, creó los primeros lactariums en Magdebourg en 1919, y en Erfurt en 1927. Dichos lactariums sirvieron además para la instrucción de directoras y colaboradoras, y para investigaciones científicas. Desde 1927 hasta fines de 1953, se crearon 56 lactariums, de los cuales, los de Berlín, Munich y Wurzburg, estaban pagados por la organización de Matronas y dirigidos por éstas. En Graz y Regensburg, la Directora era también una Matrona.

El Ministerio de Sanidad Pública, que en nuestro país está subordinado al Ministerio del Interior, en 15 de abril de 1942, dictó una Orden, que aún está en vigor hoy día, con las prescripciones precisas en relación con la fundación y función de los lactariums. Durante la guerra, muchos fueron destruídos por los bombardeos, pero en 1954 había en funcionamiento 23 en Alemania del Oeste y 31 en la del Este.

El 6 de septiembre de 1950, tuvimos el sentimiento del fallecimiento de madame KAYSER, que había sido siempre centro de la acción y probada conciliadora. Madame IRMA FELDWEG, Doctora en Medicina en Pforzheim, continuó de forma reconocible su obra por la Alemania del Oeste, como madame KARL KAYSER, Doctora en Medicina en Erfurt, por la Alemania del Este. Hace algunos años, madame FELDWEG, pudo organizar el primer congreso, que estuvo muy concurrido, de directoras y directores de lactariums, que intercambiaron sus ideas y experiencias.

El *número de donantes en Alemania*, en 1939, fué de 2.106 que aumentó poco a poco hasta 11.400. La recogida de leche de mujer en ese año fué de 129.000 litros. A causa de la guerra, el número de donantes en 1945 bajó a 2.800, elevándose de nuevo en 1948 a 7.160.

En Alemania, en treinta años, de 1919 a 1948, unas 70.000 donantes proporcionaron alrededor del millón de litros de leche de mujer, curándose 250.000 prematuros y niños de pecho enfermos. Así, pues, los lactariums disminuyen la mortalidad infantil.

En el extranjero, hoy día se encuentran lactariums en Bélgica, en Bruselas, dirigido por M. VAN ESPEN, y en Lieja, por M. LEGROS; en Holanda, en Amsterdam, por el Doctor MASTEBROEK; en Suiza, desde 1921, en la Clínica Infantil de Bale, por el Profesor FREUDENBERG, y en Ginebra por el Doctor MARTIN DU PAN y M. GLUCK; en Austria, en Viena y Graz; en Francia, en St-Etienne, por M. BEUTTER; en la Rochelle, por M. BERAUD; en Dijon, por M. JEANNIN, y la más importante en París, desde 1946, por el Profesor MARCEL LELONG y el Doctor A. ROSSIER, con 130 donantes y unos cuarenta litros de leche diarios; en

Rusia, en Moscú, por madame MAREZKA desde 1930, y en América del Sur, en Buenos Aires, por el Profesor BETTINOTTI y otros.

Esta relación no es completa, y, además, hay muchos lactariums en vías de fundación, toda vez que su utilidad está reconocida en todas partes.

Quiero subrayar que la recogida de leche se hace solamente cuando el hijo de la donante está suficientemente alimentado. Es decir, se utiliza el exceso.

La riqueza de leche de mujer no puede ser forzada artificialmente, sino que depende de su constitución.

¿Cuáles son los *puntos de contacto entre la Matrona y el lactarium*? Por su instrucción y experiencia personal, por haber recibido una instrucción teórica y práctica adicional, la Matrona está indicada como Directora del lactarium, siendo muy apta para esta tarea.

Según nos ha afirmado M. MARTIN DU PAN, en la idea del lactarium, es especialmente beneficiosa la Matrona como mediadora. Su estrecho contacto con las que dan a luz, les permite instruirlas y reclutar donantes para el lactarium más próximo.

Los resultados actuales justifican la actividad y gastos originados.

Que todas las Matronas reconozcan el fin ideal e importancia de los lactariums y contribuyan a aumentarlos, haciéndose con ello luchadoras victoriosas por la vida de los niños.

CUIDADOS A PRESTAR A LOS RECIEN NACIDOS

Discurso pronunciado por la Delegada de Argel:

El papel del Tocólogo, no es solamente preparar un parto sin traumatismo químico o físico, del recién nacido, sino también adoptar condiciones exteriores prenatales para facilitar el período de adaptación del mismo.

Los elementos a considerar, se encuentran en el cuadro siguiente:

1. Esterilización de los instrumentos, lugar de la parturienta y manos del Tocólogo y su auxiliar.
2. Calentamiento del medio exterior, los litigios que servirán para recibir al recién nacido.

La necesidad de mantener al recién nacido en una atmósfera calentada, es tanto más evidente si éste ha nacido con poco peso, o si el parto ha sido difícil, con lo que se puede provocar un *shock* neonatal, de pronóstico siempre grave.

I. Hay que condenar de manera absoluta en el momento del nacimiento toda maniobra o gesto brutal; esto daría como consecuencia más evidente la agravación del *shock*.

II. Cuidados propiamente dichos.

A. *Desobstrucción de las vías respiratorias.*

Para el recién nacido, es una necesidad vital liberar a la faringe de las mucosidades que la obstruyen; esto es fácil de hacer manualmente, aun cuando a veces hay que emplear un desobstructor e incluso hacer la intubación de la tráquea.

Después de la desobstrucción, es necesario oxigenar a todo recién nacido, pero la oxigenación se debe hacer a una presión extremadamente baja.

B. *Cuidado de los ojos.*

La prevención de la oftalmía del recién nacido ha permitido eliminar las consecuencias realmente catastróficas de las infecciones oculares.

Se ha empleado mucho el método del nitrato de plata, que no ha sido abandonado por los antibióticos, actuando estos últimos, sobre todo, como curativos y no como preventivos.

C. *Cuidados de la piel.*

Sólo se permite la "toilette" con ayuda de una compresa estéril y seca para limpiar la sangre que haya manchado la piel del niño. Se prohiben las fricciones con alcohol u otros. Se prohibe el baño.

D. *Examen general del recién nacido.*

Este examen permitirá valorar las malformaciones y darse cuenta de si existe fractura o parálisis obstétrica —maniobra de Moro—. Investigación de ictericia.

E. *Forma de vestir al recién nacido.*

El vestirlo a la francesa tiene la ventaja de que la indumentaria es caliente y práctica.

a) Parte superior: 3 justillos.
b) Parte inferior: 4 piezas: un pañal cuadrado de 65 centímetros, una tela de esponja, un pañal de muletón y una mantilla de piqué.

F. *Alimentación de los primeros días.*

Si el recién nacido está gordo, las primeras 24 horas recibirá algunas cucharaditas, de las de café, de suero glucosado. Pasadas estas horas se pondrá al pecho de la madre. Este ayuno permitirá la desaparición de edemas, orines, meconio y, sobre todo, permitirá ver en el intestino el desarrollo de la flora microbiana transportada con el aire cuando grita. Pero si el recién nacido está débil o es prematuro, no hay que esperar más de 8 a 12 horas para ponerle al pecho de la madre, a fin de evitar una pérdida de peso demasiado grande.

G. *Primeros días de lactancia al pecho.*

Técnica de la mamada —ritmo de ésta, que debe ser muy ligero al principio—, importancia de los calostros.

EL PARTO A DOMICILIO EN ITALIA

En Italia, el problema del parto hospitalario y a domicilio, constituye el tema de discusión en muchas reuniones de tipo técnico y administrativo.

La situación en este aspecto no es sencilla, porque el 70 por 100 de la población es rural, residiendo la mayor parte en pequeños conjuntos muy apartados de los centros urbanos.

Se puede afirmar que el 75 por 100 de los partos tienen lugar en las casas, aunque con diversa incidencia según las regiones y costumbres, que difieren si se trata de la Italia septentrional, central o meridional. Esta cifra tiende a bajar cada año, porque se estimula cada vez más a dar a luz en las clínicas.

El parto en el hospital, dejando a un lado las clínicas privadas, está estrechamente ligado a la situación hospitalaria real. En toda la península, el número de camas es muy bajo: 5,5 por 1.000, en Italia septentrional; 3 por 1.000 en la central, y 1,6 por 1.000 en la meridional, que es la más prolífica.

Para todo el país haría falta por lo menos un coeficiente del 4,5 por 1.000 de camas.

Estas cifras demuestran que, incluso con la mejor intención, no hay posibilidad de hospitalizar a todas las mujeres que van a dar a luz. Véanse ahora las estadísticas de nacimientos desde 1954:

Número total de nacimientos: 896.986 (17,9 por 1.000 habitantes). Ver las tablas

Número de nacidos vivos: 870.689.

Número de nacidos muertos: 26.940.

Número de nacidos por región (ver la Tabla número IV).
Número de partos a domicilio: 695.796.
Número de partos en establecimientos públicos y privados: 198.867.
Número de partos asistidos por la Matrona: 773.354.
Número de partos asistidos por el Médico y la Matrona: 119.010.

Los cuidados obstétricos a domicilio para los pobres se realizan, bien en los centros urbanos, bien en los rurales, por la Matrona a expensas del Municipio; para el resto de la población por Matronas de ejercicio libre. Las Matronas están vigiladas por el "Ufficio d'Igiene", al cual deben enviar todos los meses un informe de los partos asistidos y del curso de los mismos.

La legislación que concierne a la protección de la madre y del niño está reglamentada como sigue:

Ley de 10 *de diciembre de* 1925, *número* 2.277.—Sobre protección y asistencia de la maternidad y de la infancia. ("Sulla protezione e l'assistenza della maternitá e del l'infanzia".)

D. R. del 15 *de abril de* 1926, *número* 718.—Reglamento para servir a la Ley de protección y asistencia de la maternidad y de la infancia ("Regolamento per l'esecuzione della legge sulla protezione e l'assistenza della maternita e del l'infanzia").

D. R. de 24 *de diciembre de* 1934, *número* 2.316.—Promulgación del texto único de las leyes sobre protección y asistencia de la maternidad y de la infancia ("Approvazione del texto único delle leggi sulla protezione ed assistenza della maternita e del l'infanzia").

Ley de 26 *de agosto de* 1950, *número* 860.—Tutela física y económica de las madres obreras ("Tutela física ed economica delle lavoratrici madri").

La legislación de la Matrona está reglamentada como sigue:

D. R. de 15 *de octubre de* 1936, *número* 2.128, *convertido en Ley de* 25 *de marzo de* 1937, *número* 921.—Organización de las Escuelas de Obstetricia y disciplina jurídica de la profesión de Matrona ("Ordenamento delle scuole di ostetricia e disciplina giuridica della professione di ostetrica").

D. R. de 26 *de mayo de* 1940, *número* 1.364.—Reglamento para el ejercicio profesional de las Matronas ("Regolamento per l'esercizio profesionale delle ostetriche").

D. R. de 24 *de julio de* 1940, *número* 1.630.—Promulgación del nuevo Reglamento para las escuelas de obstetricia ("Approvazione del nuevo regolamento per le Scuole di Obstetricia").

D. R. de 11 *de octubre de* 1940.—Promulgación de las instrucciones para el ejercicio profesional de las Matronas ("Approvazione delle istruzioni per l'esercizio professionale delle ostetriche").

D. R. de 11 *de marzo de* 1935, *número* 281.—Promulgación del Reglamento de los concursos de destinos en los Servicios Sanitarios de Municipios y Provincias ("Approvazione del Regolamento dei concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei comuni e delle Province-Ostetriche condotte").

D. R. de 30 *de septiembre de* 1938, *número* 1.631.—Disposiciones generales para la organización de los Servicios Sanitarios y del personal sanitario de Hospitales (Matronas hospitalarias) ("Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli Ospedali-Ostetriche ospedaliere").

Los servicios de obstétrica comprenden: socorro de urgencia, ambulancias para el transporte al hospital, transfusiones de sangre, etc.

Los servicios de que se dispone para los cuidados prenatales y post-natales, ya para la madre, ya para el niño, se practican por puestos clínicos y sobre todo por la Obra Nacional para la Maternidad y la Infancia ("Opera Nazionale per la Maternita e l'Infanzia").

La educación de la mujer para la maternidad, se efectúa por una preparación psico-profiláctica, con vistas al parto sin dolor, aunque hasta hoy sólo se practica en algunas zonas del país.

En este punto de nuestra corta exposición, creemos conveniente indicar que la población italiana conserva un apego tra-

PREPARACION PSIQUICA PARA EL PARTO

(SUIZA)

Son necesarias dos palabras de explicación sobre el Método psico-profiláctico del parto sin dolor, llamado entre nosotros A. S. D., antes de entrar en el tema que se nos ha pedido y que es:

Preparación psíquica para el parto

El método A. S. D., no debe confundirse con los de Read u otros métodos de gimnasia prenatal que, aunque se aproximen, no abordan el problema de la supresión del dolor.

El método A. S. D., no consiste en recurrir a la anestesia o analgésico, sino en enseñar a las futuras madres a dar a luz. Esto parece paradójico, pero es así.

Desde hace dos años, este método se practica en privado, principalmente en nuestras clínicas y hospitales-maternidades de la Suiza Francesa, estando encantados de sus resultados.

Nuestras maternidades se transforman poco a poco y se educa al personal según esta nueva concepción, que nos ha dado los siguientes tantos por ciento:

Excelente	25 %
Muy bien	25 %
Bien	25 %
Bastante bien	12 %
Mal	8 %
Fracaso	5 %

Cifras obtenidas en 1956 en la Maternidad de Lausanne, Profesor R. L. ROCHAT, jefe de clínica, Doctor ROSSEL.

PAVLOW, sabio ruso nacido en 1879 y muerto en 1936, estudió los problemas generales sobre la fisiología de los reflejos condicionales e incondicionales en el funcionamiento cerebral, e hizo su famosa demostración sobre la salivación del perro provocada sólo por el sonido de la campana si éste se había

asociado 20 ó 30 veces a la llegada de la carne. Bastaba, pues, sin aproximársela, oír la campana para hacer funcionar sus reflejos condicionados, produciéndose la salivación. Con este ejemplo, demuestra que nuestro sistema nervioso central y neurovegetativo, están en estrecha relación el uno con el otro.

El sistema nervioso central puede producir una reacción específica del neurovegetativo —secreción de saliva— por el excitante neutro "toque de campana".

El Profesor NIKOLAIER, aplicó estos datos a la obstetricia y el Doctor LAMAZE de París, lo hizo asimismo asociándoles algunos elementos personales, tales como el de respiración superficial acelerada.

Es un hecho cierto que, siempre, la ignorancia produce una inquietud que llega hasta el miedo. Muchas mujeres van al parto sin tener noción de lo que va a pasar y se traduce para ella como un gran punto de interrogación, porque como desde siglos se habla de los dolores del parto, está plenamente convencida de que no va a ser una excepción a esta regla, regla que parece estar establecida por Dios y de la que el Génesis hace mención como castigo: "parirás con dolor".

La mujer teme ese mal momento que va a pasar, cosa que es muy natural debido a las habladurías de su alrededor que se encargan, como si fuera un placer, de describir y exagerar las cosas. Todas estas conversaciones no hacen más que afianzar en ella la idea de que su parto se hará con dolor.

El método A. S. D., tal como lo aplicamos en Lausanne, es el que nuestro Jefe de Clínica, Doctor ROSSEL, y nuestros Médicos han aprendido en el servicio del Doctor LAMAZE en París. Ellos han hecho allí su preparación, y queremos rendir homenaje a la acogida tan calurosa y generosa que el Doctor LAMAZE y su escuela les hicieron. Desde la vuelta de París de su Jefe de Clínica, el Profesor ROCHAT, convencido de los inmensos beneficios de tal método de alumbramiento, ha montado todo de forma precisa para generalizar en su servicio la aplicación del A. S. D. Se han dado conferencias a todo el personal de la Maternidad, y después a las Matronas del cantón de Vaud y de la Suiza francesa. Se constituyeron grupos de mujeres embarazadas, y, desde mayo de 1955, hemos tenido el placer de asistir con gran satisfacción a los primeros partos preparados de acuerdo con este método.

La enseñanza comprende 8 lecciones, distribuídas en los dos últimos meses de embarazo a razón de una lección por semana.

Lección 1.ª—*Fisiología pauloviana y parto.*
" 2.ª—*Educación respiratoria.*
" 3.ª—*Educación neuromuscular.*
" 4.ª—*Descripción del parto normal.*
" 5.ª—*Comportamiento de la parturienta durante la dilatación.*
" 6.ª—*Comportamiento de la parturienta durante la expulsión.*
" 7.ª—*Organización nerviosa superior y parto.*
" 8.ª—*Revisión general (en presencia del marido).*

Les enseñamos anatomía, fisiología de los órganos genitales y mecanismo del parto, que el útero forma parte de los órganos de musculatura lisa, como el estómago, que se contraen sin dolor. Las funciones no son dolorosas más que si dichos órganos están inflamados o tienen una molestia funcional. Por ésto es por lo que el útero no iba a ser una excepción.

Hay que destruir, pues, los antiguos antecedentes de que una contracción equivale a un dolor, y enseñar que la contracción tiene diversas actividades positivas y no dolorosas. El cerebro registra las excitaciones de nuestro organismo y las interpreta, pero lo hace con discernimiento. Se trata de una verdadera selección, de un frenaje o de una excitación.

Esta actividad llamada nerviosa superior depende de dos factores esenciales:

I. De la calidad funcional de la corteza.
II. De la fuerza o intensidad de los estímulos, y para nuestro tema de los excitantes que provienen del útero en trabajo.

Ahora bien, éstos son tanto más numerosos y potentes cuanto que el músculo uterino esté en estado de intoxicación por insuficiencia de oxígeno. La mujer que da a luz se abstiene de respirar durante una fuerte contracción y en todos los casos respira mal. El músculo en trabajo tiene necesidad de mucho

oxígeno para aumentar los estímulos que así franquean más fácilmente el umbral de la sensibilidad del cerebro cuyo potencial está disminuído por el temor, desasosiego, falsas ideas sobre el parto y mala oxigenación. La preparación de las parturientas tiene un doble fin:

I. Elevar sin cesar su potencial cerebral, agudizar su actividad cerebral. Acrecentar la capacidad de conjunto de su cerebro.

Para ésto, se libra al espíritu de la mujer de la noción de ligar el dolor al parto, inculcándole nuevas actividades que son aflojamiento muscular (lección 3.ª), respiración superficial acelerada (lección 5.ª) y el impulso dirigido (lección 6.ª).

II. Crear buenas condiciones de trabajo para el útero durante el parto, asegurando una oxigenación óptima, y ésto por la respiración y relajamiento que se aprende en la preparación.

Gracias a esta preparación písiquica y física de la mujer embarazada es por lo que en muchos casos se puede abolir completamente el dolor.

Podríamos resumir todo el método con lo siguiente: Actividad cerebral potente (1), estimulación uterina débil (2) y dolor abolido (3).

El cerebro educado de la mujer preparada, recibirá en el curso del parto los estímulos del útero. Pero éstos serán tanto menos numerosos y tanto más débiles, cuanto que el útero trabaje en mejores condiciones de oxigenación.

Gracias a la *concentración* suficiente del espíritu, la *estimulación* debilitada del útero ya no se transforma en dolor.

Tenemos, pues, que enseñar a nuestras futuras madres ejercicios respiratorios profundos que repetirán todos los días en sus casas. Esto es beneficioso no sólo para ellas, sino también para el niño.

La segunda cosa a hacer es la educación neuromuscular. Para tener conciencia de un músculo hay que contraerlo y después aflojarlo. Este acto se hace, bien bruscamente como por falta de corriente, bien lenta y progresivamente. Gracias a la

relajación de los músculos inútiles al parto hay economía de oxígeno en beneficio de los que le son útiles.

Este relajamiento contribuye a mantener el equilibrio nervioso de la futura madre, que reaccionará a una contracción uterina por un relajamiento muscular, siguiendo después al estado del parto en que se encuentra, por la respiración superficial acelerada o por el impulso dirigido.

Estos ejercicios enseñan a la mujer a movilizar ciertos músculos relajando otros.

La respiración superficial acelerada tiene por objeto impedir el roce del diafragma contra el fondo del útero, cosa que se traduciría por una excitación reforzadora de los estímulos.

La mujer bien preparada reacciona ahora de una forma completamente diferente al parto. Ha adquirido una fuerza cerebral capaz de impedir que lleguen los estímulos. Un cerebro capaz de frenarlos y suprimirlos.

Este nuevo método, tan racional, debe ser la base de la obstetricia moderna. Las mujeres están tranquilas y disciplinadas. Ya no son pasivas, sino activas. Todo el parto se desenvuelve en un clima de consciencia, emulación y alegría. Es en esto en lo que se puede reconocer el gran mérito de este método.

En cuanto al niño, sufre menos del traumatismo obstétrico cuando está mejor oxigenado durante el trabajo del parto.

Pero si surge cualquier anomalía en el curso del parto, el oxígeno, los medicamentos y las intervenciones ocupan naturalmente su lugar.

Nuestra estadística (octubre de 1956), después de año y medio de experiencia, comprendía 650 casos de partos preparados. Esto representaba el 35 por 100 del total de mujeres que daban a luz en la Maternidad de Lausanne.

Estamos más convencidos que nunca de las ventajas de un método que debe desarrollarse cada vez más.

SESION FINAL

Mademoiselle M. Bayes, haciendo un resumen de la reunión del Consejo Trienal celebrado la víspera, dice que los países representados eran los siguientes: Argel, Austria, Bélgica, Chile, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Ghana, Gran Bretaña, Indonesia, Japón, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Marruecos, España, Suecia, Suiza, Estados Unidos de América e Italia. Lamenta la ausencia de Perú y Uruguay.

Estuvieron presentes como oyentes sólo los representantes de otros países.

Mademoiselle Bayes continuó: Desde 1954, se han celebrado en Londres dos reuniones de los miembros del Departamento y una del Comité Ejecutivo. Pero nos hemos puesto de acuerdo para que en los tres próximos años, los miembros del Departamento se reúnan en Londres, y las reuniones del Comité Ejecutivo se organicen siempre en otros países.

Durante los tres últimos años, se ha doblado el número de países miembros, cosa que es una forma muy positiva de progresar. A principio de año, se ha permitido a la C.I.F.S. tener relaciones oficiales con la O.M.S., a título de organización no gubernamental. Por primera vez hemos estado representadas en la décima Asamblea Mundial celebrada en Ginebra en mayo último.

Se ha decidido igualmente en la reunión de ayer la edición de un Reglamento que oriente a los diferentes comités. Podrá ser enviado a vuestras Asociaciones Nacionales para que lo comentéis.

Se decidió que el Secretariado permanecería en Londres bajo la protección de la Asociación Nacional de Gran Bretaña, el Real Colegio de Matronas, y que las cuentas bancarias se transferirían de Holanda a Londres.

Se aceptó la Memoria y exposición económica hecha por la Tesorera, miss Zwiers, holandesa. Esta hizo comprender claramente que sin la ayuda extremadamente generosa hecha por

Gran Bretaña durante los tres últimos años, no se habría podido continuar el trabajo de la C.I.F.S., pero que de ahora en adelante la C.I.F.S. tenía que ser completamente responsable de todos los gastos del Secretariado.

Por consiguiente, se decidió que las cotizaciones individuales, que son actualmente de dos peniques por miembro, hasta las 10.000 primeras, y de uno pasando esta cifra, sean aumentadas. La Asamblea ha decidido que dicho aumento será de cinco peniques por cabeza, hasta las 1.000 primeras; tres para las 10.000 siguientes, y uno, pasando de esta cifra. Esperamos que esto nos procure un ingreso suficiente para cubrir todos nuestros gastos, fuera de alquileres, impuestos y desgaste de moneda, que siguen siendo abonados generosamente por el Real Colegio de Matronas de Gran Bretaña.

Han sido elegidos los miembros del Departamento y los del Comité Ejecutivo para los tres próximos años, y sé que os alegraréis extraordinariamente al saber que miss Ellen Erup ha sido elegida Presidenta.

Miss Nora Deane, de Gran Bretaña, será Presidenta de Honor. Madame Marthe Jay, de Francia, y la señora Luzzi, de Italia, Vicepresidentas. Miss Mary Williams, de Gran Bretaña, Tesorera, siendo Secretarias de Sesiones de los tres idiomas oficiales, madame Pouvreau (francesa), señorita Samaniego (española) y miss Knott (inglesa).

Se han designado catorce países para tomar parte en el Comité Ejecutivo y, después de un escrutinio, los doce elegidos fueron: Gran Bretaña, Suiza, Alemania, Italia, España, Bélgica, Chile, Holanda, Suecia, Dinamarca, Noruega y Marruecos.

Hemos recibido varias peticiones de países que deseaban tomar parte, y me alegro de poder decir que las de Brasil, Grecia, Islandia y Turquía, han sido aceptadas.

Actualmente tenemos 31 organizaciones miembros que representan a 27 países de todas las partes del mundo.

Miss Bayes dice que el Consejo aprobó las resoluciones siguientes:

"La Confederación Internacional de Matronas, al reconocer la importancia de los cuidados prenatales en el ejercicio de la obstetricia y la contribución que puede aportar en este campo la Matrona, recomienda a todas las organizaciones miembro, que empleen toda su influencia para que se hagan rápidamente los cambios necesarios, en lo que concierne a la formación de Matronas en sus países, a fin de que éstas reci-

ban una enseñanza que les permita tomar toda la parte que les corresponde en el ejercicio de dichos cuidados."

"La C.I.F.S. acoge favorablemente el informe de la Comisión de Peritos en cuidados obstétricos (Memoria número 93 de la O.M.S.) y pide a las organizaciones miembros que mantengan la orden del día dada por dicha Memoria, en lo que concierne a los principios de enseñanza definidos en los párrafos III, I y VIII. Pide que todas las organizaciones miembros utilicen su influencia en provocar, en los programas de enseñanza de su país, los cambios que sean necesarios para dar a las Matronas una formación que les permita asumir la tarea de los cuidados a las madres jóvenes y a los recién nacidos, particularmente en el campo de los cuidados prenatales y de la enseñanza de los principios de higiene."

"La Confederación Internacional de Matronas, acepta y apoya la definición de los cuidados relativos a la maternidad, tal como se establece en las Memorias de la Organización Mundial de la Salud, en la Comisión de Peritos de Cuidados a la Maternidad y en la Comisión de Peritos sobre Formación de Matronas."

"La Confederación Internacional de Matronas deplora el hecho de que no haya sido delegada, en la Comisión de Peritos sobre Formación de Matronas, organizada por la Organización Mundial de la Salud, ninguna Instructora-matrona especializada."

"La Confederación Internacional de Matronas pide a las Asociaciones Nacionales de Matronas que hagan todo lo que puedan por velar por las buenas condiciones familiares y por una preparación adecuada para recibir al bebé, tanto si éste nace en el hospital como en el domicilio."

Miss Bayes continúa: Se ha decidido que la Memoria de este Congreso se publique en los tres idiomas oficiales del mismo; es decir, en inglés, francés y español, y que todas las Asociaciones Nacionales y todos los miembros puedan proporcionarse copias, mediante una pequeña cantidad para cubrir los gastos de impresión, etc.

Italia y Estados Unidos se han ofrecido para que se celebre en su país el próximo Congreso Internacional, que tendrá lugar en 1960. Se ha decidido que se celebre en Roma, y que para que no coincida con los Juegos Olímpicos, que también tendrán lugar en dicha capital en 1960, el Congreso se cele-

brará a fines de septiembre. La fecha exacta se publicará lo antes que se pueda.

La Presidenta pide después a miss Lyle Creelman (O.M.S.) que se dirija a la Asamblea.

Miss Lyle CREELMAN: Es para mí un gran placer dirigiros estas palabras y transmitiros los más sinceros deseos del Director de la Organización Mundial de la Salud. Sé que se alegrará mucho al saber el éxito que ha tenido vuestro Congreso. Vuestras sesiones han sido, por regla general, muy eficaces; habéis tratado de muchos temas y habéis podido escuchar opiniones muy interesantes. Yo he sacado gran provecho, tanto desde el punto de vista profesional como personal y, naturalmente, debo decir a todos nuestros amigos suecos que ha sido un gran privilegio para nosotros estar en esta bella ciudad de Estocolmo.

Quisiera emplear algunos minutos en hablaros un poco de la O.M.S. Como sabéis, es uno de los numerosos departamentos especializados de las Naciones Unidas. Está formada por 85 países miembros, es decir, un poco más que las Naciones Unidas en sí, y presta su ayuda a los países miembros que la piden.

La más importante está relacionada con la enseñanza. Según las estadísticas que ya habéis oído en el curso de estos últimos días, os podéis dar cuenta de la extrema penuria del personal que trabaja en los distintos servicios de sanidad.

La O.M.S. reconoce el papel que representan las Matronas en los cuidados relativos a la maternidad, en la protección maternal e infantil y en todos los terrenos de la salud pública, y las Matronas contribuyen a la ayuda que aporta la O.M.S. de una manera eficaz a los diferentes países, haciéndose Profesoras y ayudando a abrir servicios relacionados particularmente con el parto a domicilio. Como habéis podido ver por las estadísticas de gran número de países, la mayoría de los partos se hacen a domicilio, no habiéndose concedido anteriormente mucha atención a la formación de las Matronas que, esencialmente, deben ejercer su arte en las casas.

Lo primero que se hizo fué abrir la escuela de Matronas. Veréis el éxito de esta medida cuando sepáis que en este país, las Matronas diplomadas pueden asistir a los partos incluso por la noche. Es cierto que deben ir de dos en dos y custodiadas generalmente por un viejo que permanece cerca de la puerta durante todo el parto.

Filipinas es un país en el que el 90 por 100 de los partos se efectúan por Ilotas, que son Matronas sin ninguna formación. Con ayuda de la O.M.S. y de una Matrona altamente calificada, por haber hecho cursos sobre salud pública, se les dió a las Enfermeras-matronas una formación que les permite enseñar y dirigir, comunicando ellas a su vez, en cierto modo, dicha enseñanza a las Ilotas. Actualmente, todo el trabajo que realizan está integrado en los servicios de protección maternal e infantil.

Después la formación de Instructoras-matronas, cuya importancia se ha señalado aquí hace dos días.

Quiero deciros que hay tres países orientales, India, Indonesia y Japón, que por iniciativa propia y con ayuda de la O.M.S. han puesto al día sus programas de enseñanza para las Instructoras-matronas. Estoy segura de que os dais cuenta de la importancia de este hecho; la importancia de poseer un número mayor de escuelas especializadas en la formación de Instructoras-matronas, en países en los que las Instructoras tienen que trabajar en condiciones parecidas a las que existían cuando ellas mismas estaban recibiendo su formación.

Conforme ha dicho miss AUKIO, haría falta mucho más personal de enseñanza y escuelas para la formación de dicho personal.

Sé que apreciáis las Memorias de la Comisión de Peritos de la Organización Mundial de la Salud y esperamos que haya otras que os puedan servir, incluso antes del próximo Congreso de Roma. Pero tengo que rectificar un malentendido, toda vez que la Comisión de Peritos sobre Formación de Matronas tenía una Directora de escuela de Matronas entre sus miembros.

Me gustaría acabar diciendo lo que me alegra el que la O.M.S. tenga actualmente relaciones oficiales con la Confederación Internacional de Matronas. Estoy segura de que todas sabéis lo que esto significa; queremos colaborar estrechamente y creo que ésto extenderá al mundo entero la utilidad de nuestras actividades mutuas.

ALOCUCION DE LA PRESIDENTA SALIENTE

Mademoiselle NORA DEANE, C. B. E.:

Quiero ante todo daros las gracias, por toda la ayuda y apoyo que nos habéis dado en este Congreso.

Era, como ya sabiais, el II Congeso Internacional de Matronas; los miembros de nuestra profesión se reunían en Asamblea internacional desde el comienzo del siglo. En 1925, cuando el Congreso se reunió en Praga, se decidió que la Organización Internacional se había instituído para estudiar todas las cuestiones relacionadas con la protección a las madres y a los niños, y se hizo un requerimiento para que la formación de las Matronas tuviera una preparación sobre el aspecto médico-social de vuestro trabajo.

En 1934, se acentuó el hecho de que el papel de las Matronas era triple: cuidados a las madres y a los niños pequeños, aplicación de la legislación social, y enseñanza de los principios de higiene y puericultura. El mismo tema se volvió a tratar en 1936, en Berlín. En 1938, el Congreso de París estudió el estatuto profesional y legal de las Matronas, su trabajo como obreras sociales, y sus relaciones con el Estado.

En 1954 hemos reflexionado sobre las Matronas y la salud mundial, sobre su responsabilidad profesional y sobre algunos aspectos clínicos de su trabajo, y hemos considerado igualmente su formación, tanto para practicar la obstetricia como para enseñarla.

En el Congreso actual, hemos considerado el lugar de las Matronas, en lo que concierne al conjunto de cuidados relativos a la maternidad, dándonos cuenta de que su situación, como trabajadoras aisladas en el campo de la salud pública, se ha modificado y que se han hecho miembros de un equipo de peritos altamente especializados.

Si se observan las Memorias del Congreso actual, produce asombro el hecho de que todas las reuniones han mostrado

una gran unidad de intención y la determinación de trabajar por el mejoramiento de los servicios que prestamos a las madres. Demuestran asimismo, que las Matronas, en su forma de pensar, no están atrasadas en relación con los tiempos modernos.

Una de las ventajas de un Congreso como el actual, es la de proporcionarnos la ocasión de reunirnos y de darnos cuenta de los problemas y dificultades de unas y otras, así como la de ver nuestros propios problemas en relación con los del conjunto. Igualmente, nos proporciona ocasión de conocer las nuevas tendencias de pensamiento y de reforzar el sentimiento de camaradería que nos une.

Muchas Organizaciones Nacionales que forman parte de la Confederación Internacional de Matronas, no cuentan con muchos miembros, aunque representen ampliamente a las Matronas diplomadas de sus países. Se ha dicho ayer que era un gran beneficio para ellas el pertenecer a dicha Confederación. Si esto es cierto, origina una mayor responsabilidad a los miembros de las Organizaciones más importantes y antiguas, que deben estar dispuestas a comunicar generosamente su experiencia y conocimientos.

Si se quiere que las Matronas representen plenamente su papel en la sociedad, hay que asegurarles un nivel de vida razonable, cierto tiempo de asueto, y la ocasión para que puedan seguir una enseñanza post-escolar y hacer experiencias personales. Es natural que la Confederación Internacional se preocupe del bienestar de sus Matronas en los distintos países. Los miembros de las Organizaciones más antiguas pueden contribuir alentando a sus colegas de otros países, trabajando para obtener mejores condiciones y dándoles las facilidades que necesitan para poder hacer su trabajo lo mejor posible, y esperamos que las ocasiones para intercambiar noticias sobre las condiciones obtenidas en los países en los que la situación de la Matrona es buena, estimulen a las de otros países a aproximarse al Gobierno y otras autoridades, para obtener la mejora de las condiciones de su enseñanza y de su situación pecuniaria.

En beneficio de familias y naciones enteras, se debe estimular a las Matronas a que se reúnan en Congresos nacionales e internacionales, y quisiéramos que, de una manera general, nos diéramos más cuenta de ésto.

En cuanto a mí, ha sido un placer el serviros de Presiden-

ta. Ha sido una experiencia muy interesante y rica en recompensas, y me ha interesado mucho ver el trabajo de las Matronas de Suiza, Austria, Alemania, Bélgica y España, apreciando mucho la acogida y hospitalidad que me han dado en dichos países.

Espero poder continuar adquiriendo los mismos conocimientos sobre el trabajo y formación de las Matronas de otros países, ya que, en unión de mademoiselle BAYES, durante los tres años próximos, voy a ser vuestro Agente de Unión con la Organización Mundial de la Salud. Creo que podrá ser de gran beneficio para las Matronas y para la sociedad en general, si llegamos a conocer lo mejor posible las condiciones de vida de los diferentes países de las Organizaciones que están representadas en la Confederación.

Es para mí un placer recibir a mademoiselle ERUP, que me va a sustituir, y pedirle que tome la palabra y se dirija a vosotras.

ALOCUCION DE LA NUEVA PRESIDENTA

Mademoiselle ELLEN ERUP:

El Congreso Internacional toca ahora a su fin y, en nombre de todas las Matronas suecas y en el mío propio, quiero deciros lo que nos alegra el que todo haya salido bien. Las Matronas suecas se sienten muy honradas por la confianza que me ha sido testimoniada al encargarme de la Presidencia de la Confederación Internacional de Matronas durante los próximos tres años. Mi antecesora, mademoiselle Nora DEANE, ha representado su papel con tacto y talento, y ha empleado su capacidad personal en aproximar nuestras actividades a los fines que nos esforzamos en alcanzar. En nombre de todas las Matronas del mundo, quiero daros las gracias por los grandes servicios que habéis prestado a la Confederación Internacional y, a través de ellas, a las Matronas del mundo entero. Mademoiselle DEANE va a realizar la función de Agente de Unión con la Organización Mundial de la Salud. Estoy segura de que, en su cargo, sabrá velar por nuestros intereses.

Sin poderme comprometer mucho en lo que concierne a los tres años futuros, puedo aseguraros que, el Comité Ejecutivo, se esforzará siempre en elevar el nivel de nuestros conocimientos profesionales; en mantener el arte de los partos a la altura más elevada, trabajando para su desarrollo en beneficio de aquellas a quienes debemos ayudar y sostener en nuestras actividades cotidianas, y en trabajar por los intereses sociales y económicos de las Matronas.

Al hacerme cargo de mis nuevas funciones, es para mí un gran alivio el sentir a mi lado la presencia de la competente y enérgica Secretaria de la Confederación Internacional de Matronas, mademoiselle Marjorie BAYES, que ha dado numerosas pruebas de sus notables dotes de organizadora.

Igualmente estoy convencida de que la Confederación Internacional, trabajando por el fin que se ha fijado, podrá con-

tar con el apoyo de todas las Matronas del mundo. La bandera blanca que lleva en letras azules las iniciales de la Confederación y que ha decorado el estrado de este Congreso, es un regalo de la Asociación de Matronas Suecas a la Confederación. Me siento feliz, pudiendo presentarla hoy a la Confederación Internacional de Matronas, como símbolo de unidad. Queremos ver en ese símbolo la colaboración de todas las Matronas, sin diferencia de raza ni nacionalidad.

Finalmente, una vez más, quiero dar las más expresivas gracias a todos los que han tomado parte en el II Congreso Internacional de la Confederación Internacional de Matronas y que por medio de conferencias y contribuciones de todas clases, han hecho de este suceso una experiencia inolvidable para todas nosotras. Con estas palabras, declaro cerrado el Segundo Congreso Internacional de la Confederación Internacional de Matronas.

* * *

Las notas de gracias y felicitaciones se han presentado por las Delegadas y representantes de los siguientes países: Austria, Finlandia, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Grecia, Indonesia, Jamaica, Luxemburgo, Marruecos, Noruega y España.

Finalmente, madame Luzzi (Presidenta de la Asociación de Matronas Italianas), después de haber dado las gracias a todos los que han contribuído al maravilloso éxito del Congreso, termina con estas palabras:

"Estoy muy emocionada por el entusiasmo que habéis expresado y testimoniado, aceptando la oferta de mi país para recibir al próximo Congreso Internacional. Las Matronas italianas se sienten muy honradas en recibir a sus colegas del mundo entero en Roma, en 1960."