

# Conversando entre parteras

Boletín Nº 21, otoño 1998



®

Salud y nutrición de la madre y el recién nacido

# Índice

<b>Editorial</b>	2
<b>Aquí los papás cuentan</b>	
Para evitar desembarazarse del dolor	4
<b>Lactancia y vínculo con el recién nacido</b>	
Roles especiales de los padres. Tiempo de abrazo o terapia de apego	5
Poema. Los colores del embarazo	6
Apoyando la lactancia	
Cuando surgen problemas al amamantar	7
<b>Buzón</b>	8
<b>Círculo de educadoras</b>	
Crónica de un nacimiento anunciado (y esperado)	12
Centro de educación y preparación para el parto	14
Tu bebé por nacer oye... ¡Díselo con amor y música!	15
<b>Entre parteras</b>	
Sufrimiento fetal	17
Testimonios	19
¿Lucha entre matronas o lucha política?	20
Parto normal «a pedido»	21
Cómo me hice partera	22
<b>Informando</b>	24
<b>Entre madres</b>	
Nacimiento en casa de Matías Pettersen	26
<b>Recetas, trucos y demás</b>	
Eliminando las infecciones cuando comienzan	29
<b>Recordando nuestras tradiciones</b>	
El nacimiento...	30
<b>Lo que otras publicaciones nos dicen</b>	
Nosotras recibimos la vida	32
<b>Los médicos hablan</b>	
Uso y abuso del ultrasonido	33



Conversando entre parteras  
Año 7, núm. 21, otoño 1998

# Editorial

Queridas amigas y lectores de **Conversando entre Parteras**:

Una disculpa, antes que nada, pues este número sale atrasado y casi se juntará con el de Invierno. No nos quejamos por falta de material pues las contribuciones y deseos de compartir siguen llegando; simplemente, nuestro pequeño grupo está muy activo participando en reuniones, trabajos y propuestas urgentes, como las modificaciones a la Norma Oficial Perinatal y el Taller de Estrategias e Indicadores para el nuevo Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Distrito Federal, asuntos que demandan atención urgente.

Inquietas por acercar información valiosa a las mujeres durante su embarazo, el número pasado, incluimos temas como: qué preguntas hacer al proveedor de servicios de salud, el médico por ejemplo, para tener una mayor participación en las decisiones que se toman; qué provoca que una mujer se sienta más cohibida y tensa durante su parto; la descripción que hace una madre de cómo fue escuchando las demandas de su cuerpo durante el trabajo de parto. Más sobre nutrición, uno de nuestros temas favoritos, ya que estamos convencidas de que para un buen parto, la mujer debe llegar en óptimas condiciones de energía, de volumen y concentración en su sangre, con músculos, tendones y piel elásticos, así como huesos fuertes. No olvidemos que los nutrientes que la madre pasa al bebé propiciarán que su bebé nazca y viva saludable; el crecimiento que el bebé alcanza dentro del útero está relacionado con su potencial después de nacer. De ésto platicaremos más en el próximo número.

En el número anterior de esta revista apareció, por primera vez, una sección más: «Los médicos hablan». Tuvimos la colaboración del Dr. Arnoldo Guzmán de Guadalajara, innovador dentro de las prácticas hegemónicas, es decir, las más acostumbradas en nuestro país, al no practicar la episiotomía más que en casos especiales. Su postura coincide con la del CLAP (Centro Regional de la Organización Panamericana de la Salud), dedicado a la investigación y enseñanza, cuyo director señala: «Es inadmisible que habiendo incorporado una práctica no cambiemos ante evidencias científicas que nos demuestran que existe una práctica mejor, que no la desestimulemos si se ha demostrado que no es beneficiosa y que no la desterramos si es perjudicial. Un ejemplo de esto es el uso difundido de la episiotomía rutinaria en nuestra región, cuando ha sido demostrado que este uso no sólo no produce beneficios sino que puede ser perjudicial para las mujeres» (**Salud Perinatal**, Vol. 6, nº 16-1998).

En este número, la Dra. Norma Escalante, jaliscience también, nos hace reflexionar sobre el uso del ultrasonido. Preocupadas porque las mujeres puedan tomar decisiones bien informadas deseamos seguir platicando sobre algunas técnicas que aplicadas rutinariamente interfieren con el resultado de un parto y no, necesariamente, según evidencias científicas, contribuyen a que nazcan bebés en mejores condiciones. Así que encontrarán información sobre el uso del ultrasonido, y algunas claves para entender la amenaza siempre presente de «sufrimiento fetal» como una causa de que muchos partos terminen en cesárea.

Otro aspecto que no podemos descuidar, como parteras, es el desarrollo de una profesión, la partería, llamada en otros países de América Latina obstetricia o matronería. En regiones en donde las parteras forman parte del equipo de salud, gozan de una preparación académica. Nos parece importante subrayar que dentro de los programas escolares, además de la excelencia en el dominio de los conocimientos y las habilidades se incluya de manera preponderante la dimensión humana. Que la atención sea «de primera» para todas las mujeres, sin que por ello se obstaculice su autoestima y fortalecimiento. En este sentido, nos sentimos orgullosas de contar con las reflexiones que nos hizo Gloria Espinoza, colega chilena, acerca de los servicios de salud en su país y en el nuestro, desde su visión de partera universitaria. Las cartas en la sección de «Buzón» enriquecen esta visión, que es una preocupación mundial.

Agradecemos de todo corazón a las parteras, empíricas y académicas, madres, médicos, padres, educadoras y otros colaboradores por favorecer que, este círculo de conversaciones por el bienestar de madres, bebés y toda la familia, siga creciendo.

Con gran aprecio y buenos deseos,

*Laura Cao Romero*

Desde estas páginas agradecemos a MAMACASH por el apoyo otorgado a *Ticime*, que nos ayuda a avanzar en la difusión de prácticas benéficas para la salud y el fortalecimiento de las mujeres, desde la partería.



## *Conversando entre parteras*



En 1997 en *Ticime* creamos este cuaderno dirigido a las parteras de zonas rurales. Los cuadernos se complementan con audiotapes en los cuales se encuentran testimonios de parteras tradicionales mexicanas en los que intercambian sus experiencias y recomendaciones sobre el embarazo y el parto.

Los temas hasta ahora tratados son:

- 1. *Enfermedades en el embarazo.*
- 2. *Nutrición.*
- 3. *A la hora del parto.*
- 4. *Plantas medicinales.*
- 5. *Parto más limpio y seguro.*
- 6. *Complicaciones del parto.*
- 7. *La cuarentena.*

Queremos agradecer a Stichting Partera el apoyo otorgado a *Ticime*, para iniciar el desarrollo de un centro de partería además de la Red y Biblioteca con que contamos.





# Aquí los papás cuentan

## Para evitar desembarazarse del dolor

Carlos Martell  
México D.F.

Recientemente fui padre por segunda vez. Ambas ocasiones fueron partos naturales con ayuda de parteras, quienes hicieron, cabe decirlo, una labor excelente.

La experiencia de ser padre es única no sólo por el hecho mismo de la paternidad sino, primordialmente, por la participación y cercanía con el gran milagro de la vida.

En ambos nacimientos, la impresión general de las personas, en cuanto al nacimiento de nuestras hijas por parto natural, fue de una gran sorpresa y admiración para mi esposa; se resaltaba su valentía ante la experiencia del dolor en el parto.

La respuesta de mi esposa era mencionar el propio recuerdo de su madre, el explicar que la experiencia de amor de ver nacer a sus hijos fue tan grande que opacaba por completo cualquier recuerdo de dolor.

Es esto lo que me hace reflexionar. ¿Qué significado tiene el dolor en el parto?

Nuestra cultura —el mundo moderno accidental, tecnocrático— nos ha convencido de que el dolor es algo que hay que desaparecer del individuo humano, el dolor es un asunto médico y en todas las circunstancias debemos evitarlo.

Recuerdo al autor David Morris señalando cómo el dolor es tan elemental en la vida como el fuego o el hielo y como el amor, el dolor pertenece a las experiencias humanas fundamentales, las que nos hacen ver lo que somos.

Pensamos en el dolor y lo situamos en un escenario médico. Pensamos en el parto y lo asociamos con dolor.

Ciertamente el dolor es un asunto que trasciende el sistema nervioso. Sin embargo la medicina actual parece ser que tiene como único propósito suprimir o neutralizar la experiencias dolorosas.

En la historia de la humanidad hay voces que indican que el dolor no es mera creación de nuestra anatomía y fisiología. Escritores, artistas y poetas han descubierto otra dimensión del dolor, una dimensión donde el dolor es un elemento de crecimiento y experiencia vital.

Fueron las investigaciones de finales del siglo XIX que crearon la base del entendimiento actual del dolor, olvidando el significado y experiencia que del dolor tuvieron nuestros antepasados. Para citar un ejemplo, hoy día una simple cortada en el dedo

es una experiencia diferente a la del individuo del siglo XV.

Parte de la experiencia del parto natural es la reposición de un nuevo entendimiento de la experiencia dolorosa del momento. Un entendimiento diferente que busca favorecer a que la mujer se decida más fácilmente por el parto natural.

Ciertamente el dolor es resultado de un proceso bioquímico, pero a otro nivel, es una experiencia subjetiva y personal, diferente para cada individuo; aprendemos del dolor y tiene un significado personal diferente, de mujer a mujer, de parto a parto.

Queda entonces, estar abierto a entender el dolor de una manera transcendental en nuestra vida.

Se publicita «el parto sin dolor» en cursos de preparación que se supone eliminarán el dolor; la anestesia, por otra parte, juega ese papel en el parto hospitalario. Ambas actitudes han desvirtuado la experiencia del dolor, convirtiéndolo en algo temible, que se tiene que evitar.

También han creado una reacción de miedo que produce tensión y mayor sensibilidad física. Sabemos que la intensidad del dolor es mayor si existe un miedo a sufrirlo.

Dolor y gozo son experiencias humanas y ciertamente van de la mano. Se dice que cuando se anestesia el dolor, también se anestesia el gozo. Renunciar al dolor sin enfrentarlo, no solo lo hace más intenso, sino que también nos hace perder la oportunidad de vivir una experiencia gozosa.

La condena ancestral de «parirás con dolor» es cierta y no podemos negar la existencia del dolor durante el trabajo de parto, el hacerlo debilita y puede retrasar el desarrollo del mismo.

Nos parece más adecuado fomentar una actitud de fortaleza y confianza en la mujer para entender —y no tolerar— el dolor. Esto favorece a descalificar la creencia general de la mujer como débil e indefensa.

Finalmente, ser padre y estar junto a la madre durante el parto, es participar del mismo, es vivirlo también. Tal como lo hicimos desde el origen mismo del embarazo, haciendo así del parto un acontecimiento totalmente amoroso.

# Lactancia y vínculo con el recién nacido

## Roles especiales de los padres

### Tiempo de abrazo o terapia de apego (3<sup>a</sup> parte)

Algunas mujeres desean que los hombres compartan con ellas la crianza de sus hijos e incluso que las reemplacen. Sin embargo la madre es primordial en el desarrollo del niño, especialmente en su infancia. Si te sientes atrapada por tu responsabilidad podrás resolverlo creando un lazo fuerte y satisfactorio con tu hijo, que no te haga desear que tu esposo te sustituya, para que él mismo forme su vínculo sano directamente con su hijo. Con Tiempo de Abrazo verás la maternidad como una de las experiencias más gratificantes de tu vida, y en este contexto tu marido vivirá la paternidad también como una de las experiencias más gratificantes de su vida. ¿Por qué? Porque juntos habrán criado un hijo sano y feliz capaz de corresponderles con amor.

El papel del padre es diferente que el de la madre. Hay un dicho que dice: «Lo más importante que un padre puede hacer por sus hijos es amar a su madre.» El hecho real de que el lazo de la madre con el hijo es primario, no disminuye en ningún sentido la importancia del padre. De cualquier manera, el padre es crucial para sostener el vínculo.

#### Vínculo

El vínculo con la madre es el vínculo principal de todo ser humano. Es el modelo de relación en la vida.

Durante nuestro crecimiento existen varios factores personales y externos que debilitan el vínculo, principalmente separaciones físicas o incapacidad de la madre para relacionarse.

Existen 4 diferentes tipos de vínculos, por

Cécile Kachadourian  
Tepoztlán, Morelos



los que atravesamos todos en distintas etapas de nuestra vida: **vínculo seguro**, **vínculo resistente**, **vínculo evitado** y **vínculo desordenado**.

**1. Vínculo seguro:** se da cuando la madre está disponible para su hijo todo el tiempo, sobre todo los primeros cuatro años. Ella es sensible, empática, afectiva. Con este vínculo el niño es competente, cooperativo, alegre, con una autoestima alta, confía en sí mismo.

**2. Vínculo resistente:** es una madre con vínculo seguro, pero que no está disponible todo el tiempo, por trabajo o por alguna otra razón. En este caso el niño rechaza, se vuelve tenso, impulsivo, 'berrinchudo'.

**3. Vínculo evitado:** sucede con madres que rechazan a su hijo, que evitan el contacto físico. Aquí el niño es hostil, peleonero, compulsivamente autosuficiente, le cuesta dar y recibir, también rechaza.

**4. Vínculo desordenado:** este tipo de vínculo tiene de los otros tres y se da con madres depresivas, que perdieron algún ser querido, o sufrieron abusos, o que fueron desatendidas y ellas a su vez desatienden; a veces están disponibles y a veces no. El niño está deprimido, es muy llorón, ansioso, sin alegría, inhibido, difícil de complacer.

Estos tipos de vínculos no son fijos y con **Tiempo de Abrazo** podemos movernos hacia un vínculo seguro; hacer que la madre esté disponible para su hijo y que éste a su vez sea más amoroso, responsable, dadivoso y cooperativo.

Existen varios síntomas que indican una falta de vínculo, tales como hiperacti-

vidad, agresividad, rechazo, el ser muy independientes o muy dependientes, los comportamientos destructivos, la rigidez, la tiranía, y el ensimismamiento entre otros.

Las siguientes preguntas te ayudarán a definir si **Tiempo de Abrazo** o la **Terapia de Apego** es útil para ti:

¿Cuando estás fuera de casa, te gustaría quedarte fuera más tiempo?

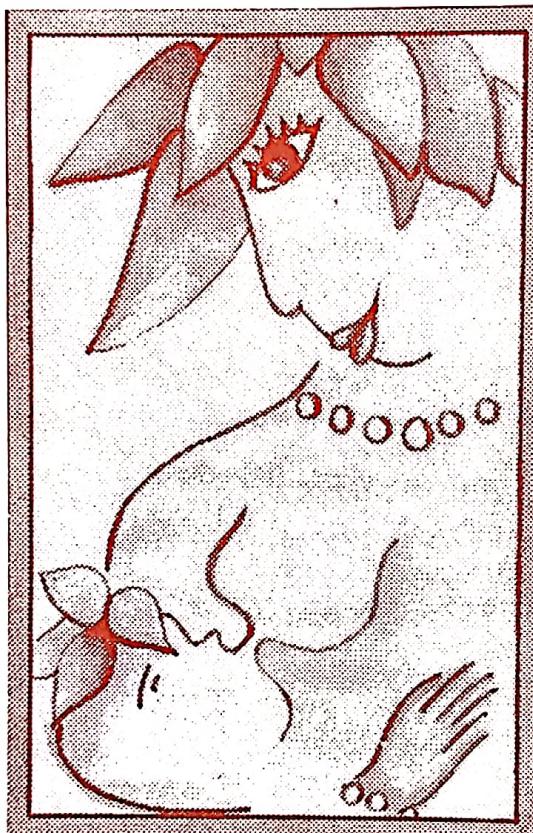
¿Tienes que amenazar o ponerte de mal humor con tus hijos para obtener resultados?

¿Sientes que todo lo que haces es dar, dar y dar, sin darte tiempo para ti?

¿Tu hijos se pelean o te avergüenzan en frente de otras personas?

¿Tu hijo rechaza el contacto físico, a menos que sea en sus términos?

Si has contestado sí a algunas o todas de estas preguntas, entonces tú y tu hijo se verán beneficiados por la **Terapia de Apego**.



### Poema *Los colores del embarazo*

Rojo, calor y ternura,  
rodea al ser que en mí crece,

Verde, germen tierno en formación,  
sede de mis pensamientos y caricias.

Azul, océano de emociones  
y agua que me apacigua .

Rosa, expectativas anidadas  
en mi corazón y mi mente.

Lila, apertura del cuerpo;  
figura ancha, cálida y redonda.

Blanco, vacío a ratos,  
rebosante de temor, en otros.

Amarillo, haces de luz  
me enseñan el camino.

Sal de este universo de colores,  
¡Mis brazos te esperan!

Expresiones de mujeres y hombres en una sesión de danza para embarazadas, impartida por Ivonne Ferrera y editadas por Laura Cao Romero.

# ***Apoyando la lactancia***

## **Cuando surgen problemas al amamantar**

*Lourdes Brava de Garza*

*Cuernavaca, Morelos*

Al amamantar pueden surgir dificultades, las madres no deben sentirse culpables por eso, éstas duran solamente unos cuantos días y no hay que dejar que impidan gozar el amamantar exitosamente al bebé. Hay que tratar de entender cuál es la dificultad y su causa, y tomar las medidas para mejorar la situación.

Ayúdate de una mamá experimentada, una partera o una líder de la Liga de la Leche.

### **¿Porqué duelen los pezones?**

El amamantamiento no debe causar dolor, la causa más común de la irritación de los pezones es que el bebé al mamar debe succionar no sólo el pezón sino también parte de la areola para que el pezón quede hacia adentro donde no podrá causarle irritación. El bebé también tomará más leche con más facilidad. Desde las primeras horas de nacido hay que enseñar al bebé a que tome correctamente el pezón.

### **¿Cómo aliviar la irritación de los pezones?**

El pecho mismo produce una excelente sustancia para aliviar y sanar los pezones irritados, la leche materna es lo mejor. Exprimir el pecho para obtener un poco de leche después de amamantar y untársela en el pezón y la areola y dejar el pecho al descubierto para que se seque. El mantener secos los pezones

entre mamadas hará que estos se curen más rápido. No conviene untarse cremas ni ungüentos, ya que estos son dañinos para el bebé y el limpiarlos antes de la tetada puede irritar y lastimar más el pezón.

### **¿Cómo amamantar al bebé cuando los pezones están irritados?**

Un cambio de posición puede eliminar la irritación de los pezones, los pezones lastimados tienden a doler más cuando el bebé empieza a mamar, hay que ofrecerle primero el pecho menos irritado y cambiarlo al otro pecho cuando la leche empieza a bajar, se sabe por la forma de tragar más frecuente del bebé. El estar muy relajada puede ayudar mucho en estos casos. Hay que tener mucho cuidado al cambiar al bebé de pecho. Para interrumpir la succión se pone el dedo meñique en la comisura de la boca del bebé para que suelte el pecho. Las pezoneras no ayudan a aliviar la irritación, por el contrario, pueden empeorar la situación ya que interfieren con el aprendizaje del bebé para succionar el pecho.

La madre en estos casos va a necesitar mucha ayuda y apoyo. También requerirá de mucha paciencia, pero la recompensa bien vale la pena.

**Si tienes dudas o necesitas asesoría puedes  
llamarme al 01 73 15-13-62**





## Buzón

Hola Laura,

Te cuento un poco sobre mi trabajo. Yo trabajo en una ONG y estamos terminando un estudio con parteras tradicionales, obstetras y mujeres y varones que recibieron atención de ambas. Para conocer de todos, sus opiniones de las fuerzas, debilidades de todos, como piensan superar esas dificultades, ideas sobre un trabajo conjunto, etcétera. Se trata de un estudio cualitativo y justamente estamos en la fase de análisis y del informe. Tenemos mucha información interesante, pero muchísima, como es cualitativa...

La idea es integrar a la medicina tradicional en la medicina moderna. Te puedo contar muchísimo, pero no lo hago ahora, porque no terminaré... en un correo electrónico.... También haremos un documental y un video de toda la información del estudio.

Bueno, después de eso, atiendo algunas mujeres que quieren participar más en su embarazo y las atiendo en casa, con el sistema holandés. Trabajé en Amsterdam en el Geboortecentrum (Centro de partos). Beatrijs (Smulders) por ejemplo, es mi colega directa de Amsterdam. Entonces sabes un poco mi filosofía.

Con las docentes de la Universidad, aquí en Cuzco, estamos pensando en un sistema de atención en casas, con sus alumnas. Con ellas siempre atiendo las mujeres, como ejemplo para ellas y porque no tengo mi título de obstetra en Perú todavía. Ellas se entusiasmaron mucho por los cursos para obstetras de «Parto natural y nacimiento sin violencia» que organizamos Angela Brocker y yo en Lima y Cuzco.

Para que sepas, no estamos muy lejos todavía en el desarrollo de este plan con la Universidad, pero las docentes obstetras quisieran tener un contacto con ustedes. Ya les conté de ti hace meses. Ellas quieren pertenecer a una red de obstetras que trabajen con parto natural. También están interesadas de recibir la revista de Ticime.

Pero también es obligatorio, cuando estés en Perú, encontrarte con mi muy amiga Ángela. Ella está metida en muchas cosas en Lima. Atiende en casas ya hace mucho tiempo en Lima, tiene videos bonitos, capacita a ginecólogos y pediatras en parto natural. Trabaja en el Instituto Nacional de Medicina Tradicional

(INMETRA) con el Ministerio de Salud. ¡Será bien interesante para ti volver a encontrarla! En este momento está dando cursos a parteros y obstetras juntos. Capacitaciones horizontales o mejor dicho intercambios para que los dos aprendan de uno y otro... integrar.

Yo estaré en Perú hasta el próximo año. Después regresamos a Holanda por 1 o 2 años, y después vamos a África otra vez. Mi pareja y yo trabajamos en el Development Work, no recuerdo la palabra en castellano. Antes trabajábamos en África y Asia, pero siempre con un tiempo en Holanda entre los diferentes contratos, para no perder las relaciones sociales y de trabajo en Holanda, que también nos ayudan para el trabajo en países del Sur.

Espero tu respuesta y estaremos en contacto!

Saludos.

Hanneke Rotta  
Partera holandesa  
Cuzco, Perú



Hola:

Soy Adriana Rodríguez. Estoy buscando una partera muy bien preparada, ya que de ser posible me gustaría tener mi parto en casa.

Buscando en Internet, me encontré con esta dirección. Yo estoy viviendo en Cuernavaca. Me gustaría ponerme en contacto con ustedes.

Espero recibir noticias suyas muy pronto. Gracias.

Adriana  
Futura mamá  
Cuernavaca, Mor.

Ticimes:

Antes que nada reciban un cordial saludo desde una de las fronteras de este país. Soy una estudiante de la UABC, Campus Ensenada y estoy interesada en encontrar organizaciones civiles y/o gubernamentales que ayuden a niños con VIH/SIDA.

Mucho les agradecería que me pudieran ayudar.

Oc. Mariana Jácome Ibarra.  
[jacome@faro.ens.uabc.mx](mailto:jacome@faro.ens.uabc.mx)

Estimadas colegas:

Nos encantó la serie de cuadernitos para parteras rurales, **Conversando entre parteras**. Hemos recibido cuatro y los hemos publicado varias veces en la **Revista Salud de la Mujer (Women's Health Journal)**.

Un abrazo de

Deborah Meacham, Editora,  
Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del  
Caribe Latin American and Caribbean  
Women's Health Network  
Casilla 50610, Santiago 1, Chile

Hola,

Somos una pareja interesada en saber si Cancún, México cuenta con algún centro de alumbramiento en agua y un directorio de parteras que asistan en casa.

*palmix@mail.internet.com.mx*

¡Hala Claudia, soy Chus. Hace unos días recibí tu carta y te quiero preguntar en relación a la invitación que me haces de «relatar cómo me hice comadrona (partera). ¿Cómo lo enfocáis? ¿es sencillamente exponerlo? o es necesario exponer como trabajo? También ¿lo escribo por correo electrónico? Estaré encantada de colaborar con vosotras. Hasta pronto.

*Chus,  
Tarragona, España*

**Nota de la editora:** Como a Chus, invitamos a nuestras lectoras parteras a que nos envíen sus historias acerca de cómo se hicieron parteras y también a enviarnos cualquier historia sobre algún parto.

Ticime:

Obtuve esta dirección de Bárbara Harper. Ella me dice que usted puede darme información sobre clínicas que ofrecen partos en agua aquí en México, D. F.

No soy una naturista demasiado radical y quisiera combinar un poco medicina alópata tradicional con un parto de este tipo. De hecho, como hija de médico, me da un poco de nervios no tener el apoyo de un médico y la infraestructura disponible en un hospital por si algo no sale tan bien como debiera. Por esa razón, por ejemplo, francamente no me atrevo a tener un parto en casa, pero tampoco quiero tener un parto convencional acostada y sedada, además de que me aterra la episiotomía y quiero evitarla a como dé lugar, a menos que no haya alternativa.

Tengo un ginecólogo de muchísima confianza y me gustaría que él asistiera mi parto donde quiera que éste fuese. Como aún no estoy embarazada, todavía no he platicado el tema con él. No sé qué opina él de parteras, si trabaja junto con alguna o algo así. Él normalmente trabaja en el Hospital de México pero, como favor personal, tal vez podría convencerlo de atenderme en otra clínica donde sí hubiera tinas de parto. ¿Es esto una posibilidad factible en alguna clínica que usted conozca?

Me gustaría tener toda la información posible antes de tomar decisiones importantes.

Gracias por su ayuda,

*Araceli Fernández  
México, D. F.*

Querida María Elena:

Me alegro haberte encontrado y agradezco mucho los materiales. Los voy a entregar a nuestra coordinadora de programas en Bolivia, Alexia Escobar, quien estará en contacto con ustedes para informarles de sus actividades en educación en salud con grupos indígenas y con parteras.

Atentamente,

*Martha Murdock  
Coordinadora de Programas  
Family Care International*

Laura Cao Romero:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. y, por su intermedio, a todas las integrantes de la publicación **Conversando entre parteras**, extensivo a toda la comunidad Obstétrica de México, a los efectos de hacerles llegar nuestro más cordial saludo y agradecimiento por la difusión de nuestro quehacer profesional, socio-comunitario y espiritual para y por la Salud Materno Infantil. Es nuestra intención recibir sus publicaciones cuatrimestrales, mantener desde hoy un fluido contacto e invitar a la colega que Uds. designen como la más representativa para insertar en nuestras **III Jornadas Obstétricas Platenses de alcance latinoamericano**, del 15 al 17 de octubre próximos en el Salón Dorado del Palacio Municipal Platense; declaradas de interés Legislativo, Municipal, Provincial con carácter Nacional. Intervendrán disertantes locales, nacionales y de Perú, Chile, Uruguay y de Inglaterra, la obstétrica Celia Coulson, fue quien nos dio los datos para comunicarnos con ustedes. Quedamos a la espera de su pronta respuesta, solicitándoles también el **Programa de la carrera de Obstetricia** de su país o a quién solicitarlo allí.

Atentamente

*Obstétrica Blanca A. Custodio, Secretaria  
Obstétrica Alicia Beatriz Cillo, Vicepresidente  
Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos  
Aires, Distrito I, La Plata, Argentina)*

Claudia B. Crevenna:

Estimada compañera, soy Gilda Vera López, partera, con una fuerte vocación desde pequeña por la profesión, lo que me llevó a venirme de mi país Chile, hace 30 años a Uruguay que me permitió estudiar y recibirme de partera.

He desarrollado mi profesión, pero también trabajo en la salud integral de la mujer. Soy co-fundadora de la Casa de la Mujer Unión, una ONG que trabaja en Montevideo, desde hace 10 años, preocupada por la

salud y los problemas de las mujeres en lo que significa su acceso a los centros de salud.

Mi trabajo como partera lo hago en el interior del país, en la ciudad de Mercedes, capital del Departamento de Soriano, en el control del embarazo, asistiendo los trabajos de partos, partos y puerperio, y también en Montevideo, en la Preparación Integral para la Maternidad.

El trabajo que hacen Uds. es muy bueno. Tengo vuestras revistas y compré en un congreso el lindo video *Parir y Nacer*, que uso siempre. Otro gran problema nuestro es el incremento de los embarazos en la adolescencia, y cada vez a más temprana edad. Me gustaría saber sobre vuestros trabajos; nosotras aquí también estamos trabajando arduamente.

Espero vuestra contestación así puedo saber qué hago para seguir recibiendo vuestros trabajos.

Las saluda atentamente,

*Gilda Vera López  
Montevideo, Uruguay*

Laura:

La secretaria de «Partera», Jikke Vermeulen, me envió el lindo material de tu organización. Pronto viajaré a La Paz, Bolivia y será ésta la primera vez que vea a parteras en América del Sur. Trabajo como partera independiente y consultora en asuntos de partería en Europa. Mi trabajo en Bolivia tiene relación con el proyecto que adjunto. Presentaré la perspectiva de la partera, principalmente porque represento una visión holística de la reproducción. Espero ser una especie de intermediaria en el proceso de negociación entre las visiones de los diferentes sectores en ese país, la medicina tradicional y la occidental.

Practiqué como partera independiente en mi país por 20 años. También fui profesora y directora de una de las escuelas de partería en los Países Bajos. Actualmente soy investigadora y me estoy especializando en consejería empresarial. Creo mucho en este trabajo de organización para las parteras. Espero, en unos años más, terminar un estudio acerca de este fenómeno en Europa. En mi opinión, la partera independiente es la clave para la supervivencia de nuestra profesión.

Espero con gusto nuestro encuentro en Bolivia.

Saludos.

*Christina Oudshoorn  
Epen, Países Bajos*



Claudia B. Crevenna:

Recibimos las últimas publicações do «Conversando entre Parteras», é muito bem vindo cada vez que nos chega este belo material. Ele chama atenção pelo primor na arte visual, cada desenho, símbolos e detalhes são elaborados com muita sensibilidade. O conteúdo é bem planejado, fazendo com que cada número seja completo e ao mesmo tempo oferece uma sequência. O material é muito inspirador para idéias que precisamos desenvolver aqui no CAIS do Parto. Continuem e parabéns!

Nós coordenamos a realização de um grandioso encontro de parteiras no Amapá, região norte do Brasil. Foi um evento da Rede Nacional de Parteira Tradicional, aconteceu de 18 à 21 de julho último, gostaríamos de saber se vocês receberam as informações que remetemos pelo correio. No momento estamos cuidando dos encaminhamentos e organizando materiais para um relatório.

Um abraço a toda equipe.

*Ivete Lourenço  
Cais do Parto  
Brasil*



Ticime:

Me parecieron muy buenos los números de la revista que ya recibí. Me faltan los dos últimos del año 97 y me gustaría recibir los de 98. ¿Cuál es el costo? ¿Cómo envío el dinero desde Uruguay?

Me interesa profundizar además en otros aspectos de la partería tradicional, en especial con los ritos vinculados al nacimiento, y todos los aspectos más espirituales que seguramente conservan muchas de las parteras de las zonas rurales mexicanas.

Por ejemplo leí en vuestra revista sobre el Temazcal, y al poco tiempo pude participar aquí en Uruguay de esta preciosa ceremonia. Me comentaron quienes la organizan que los partos se asisten (o se asistían tradicionalmente) allí, ¿es cierto?

¿Existen ceremonias tradicionales para preparar espiritualmente a la madre para el parto? ¿Existe alguna «iniciación» o preparación especial para la partera?

A lo mejor alguna lectora puede ayudarme en esta búsqueda, y escribirme a mi e-mail o por correo a:

*Carlos de la Vega 4348  
Montevideo. Uruguay  
mromani@chasque.apc.org*

*Un saludo enorme y seguir adelante  
Partera María Elena Penadés*

Laura Cao:

Hace mucho tiempo que hemos hablado. Pilar me mandó el último **Conversando entre parteras**, es muy interesante. Me encanta leerla y también ayudarme con mi español.

Necesito practicar, pero no tengo mucho oportunidad aquí en Oregon para platicar con personas que hablan español. Voy a cambiarme a Austin, Texas en agosto para trabajar con una partera allá. Terminaré aquí en junio con este programa académico, y estoy lista para mi apprenticeship. Hay algunas cosas en **Conversando...** que vamos a estudiar en clase en estos meses, como la resucitación del recién nacido. Estoy muy emocionada por leer la revista y me gustaría compartir la información con mi clase.

Agradezco su trabajo, es muy importante en México y también para el movimiento de parteras alrededor del mundo. Espero que hablemos pronto.

**Meredith Klein  
Oregon, EUA**

#### **Solicitan información sobre parteras en Panamá o Ecuador**

Hello,

My wife and I are going to be in either Panama, or Ecuador for the delivery of our baby.

We are desperately looking for information about midwives in either of these two locations. Any leads you can give us would be immensely appreciated as right now we have none. We are returning on the 23rd of July, but will be able to get our E-Mail in Panama.

Thank you.

**Amy & Gordon Scott  
E-Mail gordamy@aol.com**

A Ticime:

El día de hoy conocí a una representante de su institución quien me dio a conocer su revista. Me interesa de sobremanoa recibir la revista, ya que actualmente vengo laborando en un proyecto que se ejecuta a nivel nacional y con mujeres del ámbito rural y algunas de nuestras intervenciones están relacionadas con las parteras y a mejorar las condiciones para el parto.

Soy de profesión obstetriz y actualmente ocupo el puesto de Asesora en Salud Reproductiva. Mi trabajo está relacionado con el diseño de intervenciones

comunitarias y con la elaboración de contenidos técnicos.

Me gustaría recibir información de cómo suscribirme a ustedes.

Gracias por su atención.

**Susana Chávez A.  
Perú**



Estimadas(os) compañeras (os)

Les envío un agradecimiento indirecto dado que el boletín llegó dirigido al CLAP, en el cual trabajo con el cargo de Partera desde hace 20 años y tuve la dicha de trabajar junto al Profesor Dr. Roberto Caldeyro Barcia. En esa época preparamos a las parejas para participar en el Parto Humanizado en el año 1979, fue una experiencia inolvidable.

Con respecto al boletín es interesante, en él debemos volcar un caudal de información, de conocimientos, experiencias en distintas áreas. Los aportes al boletín nos hará más ricas en conocimientos y más fuertes para unirnos en esta maravillosa profesión y que se nos respete como tales.

Mi nombre es Zulema Villarrubia Rodríguez y les cuento que en el año 1979 llegó al centro un ecógrafo el cual gracias a un becario argentino, el Dr. Ricardo Horacio Fescina, tenía una larga experiencia como ecografista y él fue quien introdujo la ecografía a nuestro país.

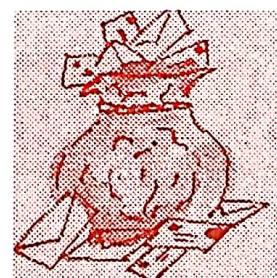
Nunca hubiese imaginado que él me daría la oportunidad de aprender y que al transcurrir los años mi esfuerzo fuera valorado y respetado. Hoy soy la responsable de realizar ecografías a un número importante de embarazadas, lo cual me colma de satisfacción y demuestra que podemos más, colegas.

Estoy muy contenta por comenzar a conectarme con Uds. y estoy a sus órdenes.

Sin otro particular las saluda, esperando su respuesta.

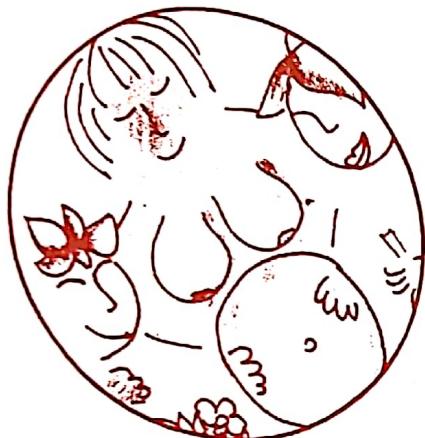
**Partera Zulema Villarrubia  
Montevideo, Uruguay**

**Buzón**



# *Círculo de educadoras*

## **Crónica de un nacimiento anunciado (y esperado)**



Claudia B. Cresenna  
México, D.F.

El día 20 de febrero me llamó mi hermana Andrea para decirme que su doctor (Manuel Dosal de la Vega) la había citado para el martes 21 a las 9:00 de la mañana para inducirle el parto, pues estaba entre las 40 y 41 semanas de gestación y no había trabajo de parto.

Déjenme contarles que Andrea había estado con 'pretrabajo' de parto desde la última semana de enero y, según un ultrasonido del 17 de febrero, ya tenía 40 semanas de gestación, pero por alguna razón no se desencadenaba plenamente el trabajo de parto. En su primer parto, dos años antes, le pasó algo parecido; finalmente se lo indujeron, teniendo como resultado 5 horas de trabajo de parto y el nacimiento de un hermoso bebé de 3,500 kgs, llamado Santiago.

Entonces, el 21 de febrero a las 9:00 a.m. llegué al hospital, me encontré con el doctor Dosal y me dijo que tenía una urgencia en el hospital Inglés, que mejor lo esperásemos para que ingresaran a Andrea (que él calculaba tardar una hora aproximadamente). Dieron las diez de la mañana, las once, las doce, la una... y nada del doctor. Dieron las dos de la tarde y recibimos un mensaje del doctor: «me disculpan, pero mañana nos vemos a las 9:00 a.m., ahora sí seguro».

Miércoles 22 de febrero. Nuevamente a las 9:00 a.m. llegamos mi hermana Andrea, mi cuñado Vicente y yo al hospital. A las 10:00 a.m. le comenzaron a inducir el parto con occitocina (30 gotas/min.). Aproximadamente a las 11:00 a.m. comenzó con contracciones regulares, y en menos de otra hora ya tenía contracciones cada dos minutos.

En ese momento salimos a caminar por los pasillos. Cada vez que tenía una contracción nos parábamos, se relajaba y continuábamos. A veces se ponía de cuclillas, otras parada, recargada en la pared o en alguno de nosotros. Para este momento las contracciones no eran muy molestas a pesar de tener un intervalo de cada dos minutos; todo esto le sirvió de práctica o entrenamiento para las contracciones que seguirían.

Alrededor de la 1:00 p.m. revisaron la dilatación y tenía un 'borramiento' del 100% y no llegaba ni a los tres centímetros de dilatación! Cabe aclarar que al comenzar todo esto, Andrea llegó con un 50% de borramiento y entre 1.5 y 2 cm de dilatación. El Dr. le dijo que el bebé está todavía muy arriba y que como no se apoyaba, no estimulaba al cuello uterino; a pesar de contracciones tan «efectivas» no había mucho avance en cuanto a la dilatación.

Seguimos haciendo «show» por los pasillos del hospital. Y digo «show» porque cada vez que Andrea se recargaba o se ponía de cuclillas para relajar y controlar la contracción, no faltaba una enfermera, un camillero e incluso hasta un doctor que saliera corriendo alarmado para «auxiliar» a Andrea: ¿qué le pasa señora, se siente usted bien? Pensaban que se había desmayado o que algo grave le sucedía, no comprendían que ella estaba perfectamente bien y con todo bajo control.

A estas alturas a Andrea no le molestaban las contracciones para nada, a tal grado que no sabía distinguir claramente cuándo terminaba una y comenzaba otra contracción. En más de una ocasión ella se incorporó y siguió caminando, y luego se daba cuenta de que aún no terminaba esa contracción.

Como a las 2:00 p.m. le sacaron una radiografía para descartar razones por las cuales no bajaba el bebé

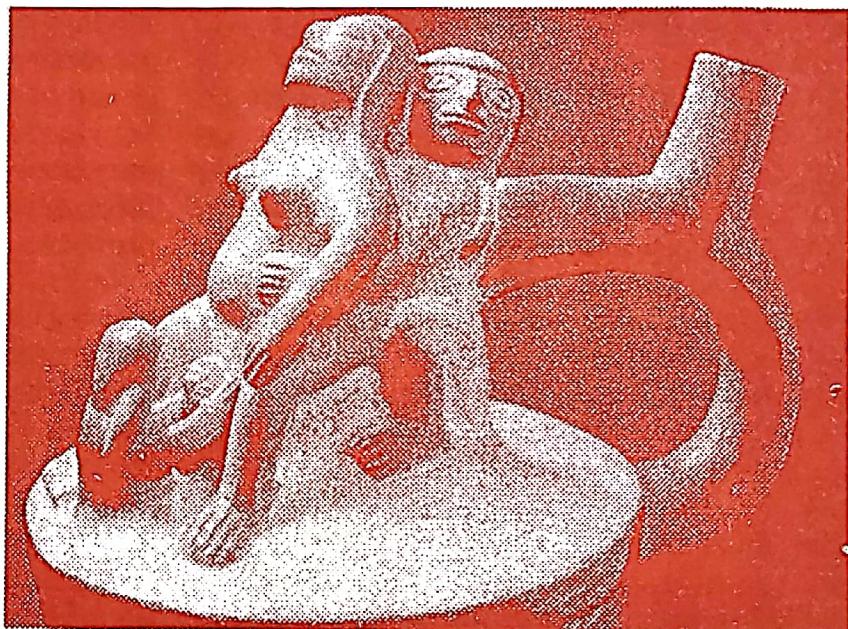
ya que en su primer parto, el bebé no bajaba porque estaba colocado en posición «posterior», y con la barbilla levantada que se atoraba en la pelvis y no bajaba. A pesar de las predicciones de cesárea, el bebé bajó y tuvo un parto psico-profiláctico. La radiografía, según la radióloga, mostraba que el bebé no pasaba; según el doctor, «pasaba, pero rozaba».

A las 3:00 p.m. el bebé ya había «bajado» bastante, aunque no lo suficiente y Andrea tenía ya 5 cm. de dilatación. Con ayuda de los ejercicios que estuvimos haciendo (cuclillas, caminar, gatear, etc.), el trabajo de parto avanzó rápidamente. Las contracciones de cada dos minutos pasaron a ser cada minuto y medio o cada minuto, además de que estas sí requerían de más concentración y relajación de Andrea para poderlas controlar. Estaba en la etapa de transición. ¡Ahora sí, el bebé ya venía y nadie lo paraba! (¿o sería la bebé?).

Como a las 4:20 p.m., en plena 'transición', con masajitos, de cuclillas, y algunas respiraciones, todo seguía bajo control. Después de aproximadamente 25 min. comenzó el «deseo de pujo»; tenía entre 9 y 10 cms. de dilatación. Unos minutos después, Andrea comenzó a pujar en el cuarto de labor y cuando el Dr. Dosal se dio cuenta, el bebé ya estaba coronando. Todos corrieron a la sala de expulsión. Andrea se encontraba en la sala esperándonos a todos, y casi gritando que ya no podía aguantar el pujo. Todos listos y todo en orden, ahora sí, Andrea pujó con todas sus fuerzas y ganas «contenidas». Un solo pujo, sostenido y largo, y a las 5:05 p.m. nació Mariana, mi sobrina. Pesó 3.800 kgs. Desde el primer momento nos hizo saber que ella sabe muy bien lo que quiere en esta vida.

# Conversando entre madres, parteras, obstetras y médicos

Boletín No. 1, septiembre 1998



**Ministerio de Salud (MINSA)  
Instituto Nacional de Medicina Tradicional  
INMETRA**

Con los boletines *Conversando entre Partoras* de México hemos visto la necesidad de sacar también un boletín en el Perú.

Responsables del Boletín: Dra. Angela Brocker, Lic. Graciela Sánchez

Dirección: MINSA, Segundo piso. Av. Salaverry cuadra 7 s/n. Jesús María, Lima, Perú.

e-mail: [inmetra@telematic.edu.pe](mailto:inmetra@telematic.edu.pe)

Con el interés de dar a conocer el trabajo que realizan diversos centros en México desde hace más de 30 años en torno a la educación para el parto, queremos compartir algunos testimonios.

Hablan algunos padres y madres de CEPAPAR (Centro de educación y preparación para el parto) sobre la importancia de la preparación durante el embarazo, para el nacimiento de sus hijos(as), sobre sus experiencias y sentimientos vividos.

Instructora Mireille Stoopen y  
Dra. Teresa Ludlow  
México, D. F.

### Nancy (junio 1993)

«Aparte de las impresiones del parto, me queda una idea de cómo va evolucionando mi relación con mi esposo, tanto como su propia evolución en aprender del proceso del parto. Como ustedes recuerdan, él no pensaba participar hasta que poco a poco se fue metiendo más y más en el proceso de educación sobre el parto, la lactancia, etcétera. Agradezco mucho su capacidad de abrir sus horizontes y como consecuencia permitirse tomar un papel más activo en la vida de su hija, ¡desde su primer segundo de vida!

¿Qué más puedo decir? Ah sí, lo más importante es el recuerdo en cada segundo del día, o sea, la maravilla que es mi hija, la perfección de toda la experiencia, porque el parto es una colección de recuerdos, mientras que mi hija es la vida que me acompaña en todo momento».

### Oscar (junio 1993)

«Para referirme a la experiencia personal que me ha deparado el nacimiento de mis dos hijos, Eva y Daniel, debo de empezar por admitir que dichos eventos me resultaban inicialmente, y antes de asistir al curso psicoprofiláctico, actos metafísicos, casi míticos, en los cuales difícilmente estaría involucrado. No obstante, cuando Nancy y yo tuvimos la certeza de los embarazos, paulatinamente me fui adentrando en ese real y esplendoroso mundo que resulta ser la gestación y nacimiento de un ser humano. Si algo he reconocido, y reconoceré siempre, es la extraordinaria labor que

realizan gente como ustedes, al ayudar a los papás a hacer conciencia de la actividad trascendente que éstos tienen en el proceso».

«Gradualmente me vi inmerso y lo que es más importante aún, me sentí parte sustancial del embarazo de mi esposa y comprendí que esta circunstancia es, al igual que el nacimiento, un compromiso de tres: el bebé, la mamá y el papá; y que tal compromiso conduce a comprender la magnitud de compromisos, emociones y esperanzas que entraña la procreación, como un acto de real conjunción y amor. Mención especial requiere el hecho de que ustedes, en el curso que imparten en CEPAPAR, hagan comprender y aceptar a la pareja en proceso de ser padres, que el parto y la gestación son actos naturales, que no deben ser alterados por falsas creencias mercantiloides, que algunos médicos deshonestos utilizan para desvirtuar la maravillosa simplicidad que resulta ser el que la madre abra su cuerpo para que la vida fluya y trascienda en la inherencia de un nuevo ser humano que llega.»

«Para terminar, mi sempiterna gratitud a Gloria y Tere, por su solidaridad humana y profesionalismo, así como a todas las personas que conforman el centro psicoprofiláctico, porque cada que veo a mis hijos, sanos y desplegándose en la vida, recuerdo y reconozco que cuando ellos nacieron, hubo dos personas que con esmero de médico y con afecto de amigas, los esperaban.

Gracias y mis mejores deseos porque continúen con su extraordinaria labor, la cual estoy cierto, muchos padres reconocemos plenamente y la agradecemos en toda su valía.

# *Tu bebé por nacer oye...*

## *Primera parte*

# *¡Díselo con amor y música!*

No existe herida ni dolor más fuerte que vivir privado de amor.

Desde antes de nacer y durante la primera infancia, este sentimiento de ser y saberse amado, es necesario para sobrevivir y enriquecer la vida emocional en la historia única de todo ser humano.

Hoy sabemos que la memoria no sólo es «cerebral»: las experiencias tenidas, desde antes de nacer y durante la infancia, permanecen en las células, en el cuerpo, en nosotros mismos; y son las posibilidades de expresión durante la vida adulta. Las experiencias se desdoblan una a una, a través de la personalidad, el temperamento y el comportamiento: sea expresando con sentimientos guardados en el corazón, así como en nuestras propias actitudes, en las relaciones, en cada paso que efectuamos a lo largo de la vida.

El pasado es un proceso de continuidad que constantemente influye con las acciones del presente.

Sin embargo, es un hecho que hay quienes crecen aún con falta de amor. Pero lo hacen llenos de soledad, de miedos, de indignación, de abandono, de desconfianza, buscando una mirada, un aliento, una conexión, apoyo en otros: amigos, maestros, novios, esposos, compañeros de trabajo... en fin: siempre buscando la validación de quién es uno, a través de otro.

Lo deseable, es crecer con unas raíces profundas, con una fundación de amor que te permita ser seguro de ti mismo, que te permita satisfacer tus propias necesidades y enriquecer tus relaciones a través de experiencias profundas.

Las huellas de la existencia, pues, se producen antes de nacer, durante la vida intrauterina.

Como padres, podemos tener la certeza de que el amor por nuestros hijos es indudable, pero muchas veces no lo demostramos. En ello tiene que ver nuestra propia familia de origen: ¿qué tan afectivos o distantes fueron durante la vida prenatal, el nacimiento y durante nuestra propia infancia?

*Renée Guindi*

*Directora del Centro de Música In Utero,  
México, D.F.*

*«Sólo con el corazón se puede ver bien;  
lo esencial es invisible para los ojos».*

*Antoine de Saint-Exupéry  
El Principito*

Los padres suelen desear lo mejor para sus hijos: que sean felices, saludables, que se sientan seguros y desarrollen suficiente confianza en sí mismos, que tengan curiosidad por la vida, por el amor, que desarrollen relaciones profundas y sean independientes.

Para favorecer que nuestros hijos realicen todas estas aspiraciones es importante tener, como padres, la habilidad de proveer un medio ambiente enriquecedor para ellos y responder oportuna y suficientemente a sus necesidades físicas y emocionales.

De esta manera, hay más probabilidad de que, en respuesta, los hijos desarrollen un sentimiento de seguridad y, subsecuentemente, un sentido saludable de sí mismos y del mundo. Este proceso se forma, nutre y consolida continuamente a través de las experiencias.

Desde la concepción, durante el embarazo, en el nacimiento, los primeros días de vida, como bebé, de niño pequeño, de niño adolescente, de adulto, cada etapa de desarrollo es un mundo de experiencias en sí misma. Estas experiencias permanecen en uno a lo largo de la vida: nuestro cuerpo es un mapa de quiénes somos.

Debido a que de forma natural e íntegra, los padres transmiten quiénes son, de generación en generación a través del túnel de la infancia, necesitan tener hacia la paternidad la actitud de sentirse competentes en esta nueva tarea. Los nuevos padres necesitan tener la disposición emocional necesaria para este tremendo ajuste que implica ser

madre o padre. Algunas veces, las experiencias tenidas durante su propio crecimiento son aquéllas que los hacen dudar de sus capacidades como padres. Sin embargo, este proceso de adaptación empieza durante la vida intrauterina.

La procreación de un hijo no es sólo algo más para agregar en la lista de las metas personales. Ser padres es brindarle a los hijos la oportunidad de crecer, con un sentido sólido de ellos mismos. Considero, por lo tanto, como tarea primordial de los padres, la búsqueda del desarrollo físico, emocional e intelectual de sus hijos como uno de sus grandes propósitos. Los padres son la única vía para dicha transmisión. Ser papá o mamá es en parte instinto..., pero, por otra, se aprende. Lo que suele ser muy útil para ello es compartir aprendizajes.

Hasta hace algunos años, solamente era posible intuir la vida del bebé por nacer. Hoy en día, con ayuda de la tecnología moderna, a través de ultrasonidos, sonogramas, fibras ópticas, entre otras, se ha podido comprobar científicamente que el bebé por nacer es capaz de ver, sentir, oír, soñar, memorizar, aprender, mostrar preferencias y necesidades con sus movimientos. Los bebés por nacer son sensitivos y conscientes. Aprenden y sueñan. Son sociales y se comunican.

Esto nos ha permitido acceder a una nueva dimensión para relacionarnos con el bebé por nacer. Dicho vínculo entre los padres y el bebé por nacer ahora es conscientemente más real.

Muchas cosas que los padres necesitan, pueden esperar; el bebé por nacer, no. Durante la vida intrauterina se forman su cerebro, huesos, mente, temperamento, mundo interno y su personalidad. Al bebé por nacer no se le puede decir: «¡Mañana!». Su principio es *hoy*. La vida empieza aún antes del nacimiento. No permitas que tu bebé por nacer empiece su desarrollo físico y emocional aislado o como un extranjero en una habitación alquilada. No permitas que viva en la oscuridad. Es importante romper el silencio.

El bebé por nacer aprende; para aprender, es necesario tener memoria; y para tener memoria, se requieren experiencias repetitivas a través de los sentidos. Todos los sentidos del bebé por nacer son importantes, pero de manera especial lo es la audición, que recoge y guarda información que, al ser procesada, se transforma en aprendizaje. Los bebés por nacer aprenden lo que escuchan

sistemáticamente, aprenden a través del estado emocional de la madre, identificando su estado de ánimo. Cuando una mamá está contenta, produce hormonas endorfinas; por el contrario, cuando está tensa o angustiada, produce hormonas de estrés, o adrenalinas.

Durante la vida cotidiana, existen momentos fáciles y otros difíciles... y es entonces cuando la música actúa como un gran recurso para equilibrar dichos momentos de tensión.

El cerebro humano funciona así: trillones y trillones de neuronas que tenemos, necesitan irse conectando entre sí. ¿Qué las conecta? La experiencia repetitiva de una actividad. Esto es el aprendizaje. El mecanismo que relaciona a una neurona con otra se llama *sinapsis*.

Los primeros circuitos se forman desde la vida *in útero*. Algunas de las neuronas ya han sido conectadas por los genes, formando circuitos que ordenan la respiración, controlan el ritmo cardíaco, regulan la temperatura y producen reflejos. Los siguientes circuitos se van integrando a través de la experiencia sensorial y el aprendizaje.

Existen dos poderosas fuentes formadoras de circuitos neuronales:

1. El vínculo afectivo a través del amor;
2. La estimulación sensorial por medio de la música.

El bebé por nacer habita en tu vientre, quien tan sólo existe porque tú existes. Entra en un mundo donde hay quietud y movimiento. El bebé por nacer llega silenciosa y secretamente, y enciende tus voces y angustias. Tu vientre es un espejo donde el bebé por nacer se contempla. Por eso, requiere de ser «visto», «percibido», «sentido», «escuchado», así como crecer lleno de amor, para que en su futuro existencial pueda abrir su corazón a la belleza.

De aquí la necesidad de crear un espacio para relacionarse con el bebé por nacer, a través de un vínculo afectivo-musical. *Vínculo* es la relación única entre dos personas, que es específica y duradera a lo largo de la vida. Los hijos crecen abajo del corazón, y permanecen en él a lo largo de la vida. Debido a esta razón, el vínculo con los hijos, en las relaciones humanas, es el más fuerte y substancial.

Continuará...



## Entre parteras Sufrimiento fetal

Paulina Fernández  
partera, México, D. F.  
Representante de la Región 10 (Méjico)  
Alianza de Parteras de Norte América  
(MAPNA)

¿Qué es el sufrimiento fetal? ¿Es en realidad una justificación para realizar una cesárea? ¿Por qué sólo a partir de unas décadas se ha escuchado tanto acerca de esta situación?

Éstas y muchas preguntas más, se hacen las madres que están esperando un bebé o que tuvieron una cesárea por causa de un sufrimiento fetal.

Lo más triste de estas mujeres que pasaron por una cirugía, es que en la memoria del parto se queda una sensación de peligro, enfermedad y muerte (porque una cesárea realizada con la justificación de sufrimiento fetal, generalmente es una cirugía de emergencia), cuando lo más natural y sano es que quede en la memoria una experiencia de logro, poder y satisfacción. La vida se debe comenzar así, con una memoria de vida.

Me gustaría empezar por lo que se entiende por «sufrimiento fetal» (SF).

Se le llama SF al diagnóstico clínico que indica un trastorno en el bebé. Por lo general se debe a la falta de oxígeno, y se juzga por la frecuencia cardíaca del bebé o por las alteraciones bioquímicas en el líquido amniótico o la sangre de éste.

Los signos iniciales del sufrimiento fetal que se ven más a menudo son: líquido amniótico teñido con meconio, desaceleraciones de la frecuencia cardíaca y acidosis del bebé.

Existen dos explicaciones que justifican la presencia de meconio, una que puede ser una

función normal fisiológica, un signo de madurez del bebé, y por otro lado se relaciona con la falta de oxígeno causando una relajación del esfínter anal.

Son diversos los factores que contribuyen al sufrimiento fetal. Los más comunes se relacionan con compresión del cordón, prolapsio de cordón, anomalías placentarias, un bebé prematuro o posmaduro, un parto precipitado o prolongado especialmente sin progreso, anemia en la madre, diabetes, preeclampsia, anestesia, ruptura prematura de membranas con infección, desprendimiento prematuro de placenta o anomalías congénitas en el bebé.

El peligro de que un bebé presente un «verdadero» SF significa que el bebé no está recibiendo el oxígeno suficiente y esto puede conducirlo a sufrir un daño cerebral o la muerte.

Como podrán apreciar casi todas estas razones son situaciones extremas y partos de alto riesgo en donde es probable que se presente un SF. Entonces ¿por qué en las últimas décadas de repente la mayoría de los nacimientos parecen tener SF sin tener ninguna de las anteriores patologías?

El abuso de la tecnología y farmacología (anestesia, ultrasonidos, monitores, etc.) nos ha llevado a olvidarnos un poco del sentido común y sobre todo nos hemos olvidado de **respetar el trabajo de parto de la mujer**; lo que hemos hecho es controlarlo a través de la tecnología.

Casi todas las mujeres realizan una danza en el trabajo de parto, se mueven dulce y suavemente entre contracciones y cuando viene una

contracción se detienen para después volver a danzar. Esto propicia una mejor circulación, y pocas veces se presenta compresión de cordón, también los movimientos circulares que hacen con la pelvis ayudan al bebé a acomodarse para poder descender al canal de parto. Si acaso la mujer prefiere estar acostada y se detecta un SF, la mayoría de las ocasiones se soluciona con una cambio de posición. Es raro que una mujer que está trabajando como su cuerpo le indica, presente SF. También es importante asegurarse que la madre ingiera alimentos y líquidos durante su trabajo, pues con esto se puede evitar una descompensación y deshidratación, que ocasionaría una taquicardia en el bebé lo que podría confundirse con SF.

Igualmente, si la madre se siente en un ambiente amenazador y poco familiar tiene más probabilidades de que su bebé también se encuentre estresado y asustado. Esto puede llevar a un SF, por lo que es muy importante observar el estado anímico y emocional de la madre y su entorno en el proceso del trabajo de parto.

- Si usted va a dar a luz en un hospital, trate de caminar lo más que pueda. O si se siente mejor acostada, hágalo de su lado izquierdo pues esta posición favorece la circulación.

- Es poco usual que la dejen comer, por lo general le ponen suero, pero si puede tomar agua, hágalo.

- Si se revienta la fuente y hay meconio, vea el color del agua, así usted también podrá saber que tan concentrado está el meconio.

- Una de las mejores maneras de saber cómo está tolerando el trabajo de parto su bebé, es escuchando antes, durante y después de las contracciones. Normalmente la frecuencia cardíaca desciende durante la contracción y se recupera rápidamente después de ésta.

- También se puede acariciar la cabecita del bebé mientras otra persona escucha el coroncito, si el bebé eleva su latido cardíaco quiere decir que está reaccionando correctamente a la estimulación.

Cuando se detecta SF en la fase de expulsión,

normalmente se proporciona oxígeno a la madre y se le pide que dé unos buenos puos para que saque a su bebé lo más pronto posible; en estos casos sí ayuda una episiotomía de emergencia.

En mi práctica como partera he visto aproximadamente entre un 5 y 10 por ciento de partos con la presencia de meconio ligero y alrededor de un 6 por ciento de partos con meconio espeso. Todos estos partos han dado como resultado bebés sanos y normales; de hecho, la mayoría nunca presentó sintomatología de SF, simplemente se vio el meconio justo antes de nacer la criatura. Cuando esto sucede es importante informar a la mujer lo que sucede y se le pide que al salir la cabecita del bebé, no puje hasta que se le pida, con la finalidad de tener el tiempo suficiente para aspirar las vías respiratorias altas del bebé mientras está en su periné, lo mejor posible, y prevenir que se lleve a los pulmones líquido amniótico con meconio.

Me es imposible tocar a fondo y con mayor detalle el SF en tan sólo una hoja, pero si a usted le interesa saber más al respecto le recomiendo que lea lo más que pueda. Encontrará que existe mucha polémica alrededor de este tema, por lo que es vital que hable con personas enteradas en este asunto.

También le recomiendo que aprenda a escuchar el latido cardíaco de su bebé, así usted podrá conocer el rango de su frecuencia cardíaca, y de esta forma tener una idea más acertada si se presentan aceleraciones o desaceleraciones significativas en el trabajo de parto.

Dígale a su médico que le platicue cómo y por qué diagnostica el SF (en fase latente, en la primera etapa y durante el 'expulsivo') y qué hace en caso de presentarse esta situación.

Si es posible, llegue a un acuerdo con su médico para usar el monitor el menor tiempo posible, ya que su utilización implica tener una posición acostada sobre su espalda que en nada favorece la circulación sanguínea.

Informándose sobre el SF y conociendo los protocolos de su médico, sabrá de qué se está hablando. Si en su parto se diagnostica SF, usted podrá discutirlo con él o ella y tomar una decisión responsable.

# Testimonios

Francisca Alvarado Guerrero,  
partera tradicional.  
San Juan Tlacotenco, Tepoztlán, Morelos

## 1

El día primero de junio atendí un parto, que sucedió de la siguiente manera: Ese día, aproximadamente a las 4:00 a.m., fueron por mí el marido y su mamá de él. Me alarmaron porque querían que viera a la parturienta, puesto que ya habían hecho todo y no lograban que naciera el niño (la tía y la suegra son parteras), y al no lograr nada acudieron a mí para que yo las ayudara en lo que se pudiera para salvar al bebé y a la madre.

Entonces les pregunté todo en relación a los síntomas que tenía la madre y me comentaron que ya tenían horas, ya que había empezado con los «dolores» desde las 6:00 p.m. del día anterior; entonces alarmada y preocupada corrí a verla.

Me llevé gran impresión al ver que ya no podía más, pues estaba demasiado cansada, se estaba ya despidiendo. Entonces le dije: «no te pongas así, vamos a hacer lo posible por sacarte y no pienses mal, tú te salvarás al igual que tu hijo, tienes que vivir por el bebé y tus demás hijos.» Despues le di ánimos diciéndole: «tú me vas a ayudar así que intenta levantarte», pero ella respondió que ya no podía. Entonces pedí ayuda y la levantamos entre dos. Luego la hincamos poniéndole de apoyo una silla, en la que, por lo cansada que estaba, no podía sostenerse.

Le dije a Juan: «detén la silla con un brazo y con la otra a tu esposa», mientras yo procedía a atenderla. De esta manera el bebe logró nacer, pero tan cansado que ya ni lloró. La madre sin fuerzas, no podía más, después de ese gran esfuerzo porque todo saliera con bien.

El bebé nació a las 4:30 a.m. del día primero. Fue un gran milagro que se salvara, ya que de no haber hecho algo, el bebé y la madre se nos hubieran ido. Posteriormente me limité a atender al bebé; para que se recuperara le di masajes y aire y se salvó, después socorrí a la madre. Ambos, después del gran susto, a la fecha están sanos.

## 2

En otras ocasiones, me ha pasado que las madres acuden a mí porque se sienten muy mal y se preocupan por sus bebés; afirman que no pueden dormir y que hasta lloran del dolor y los médicos no saben decirles el motivo. Por lo cual les palpo el vientre y me encuentro con la sorpresa de que los bebés están sentados, atravesados o sesgados (de lado). Al sentir eso, los trato de voltear con mucha delicadeza y con gran cuidado y responsabilidad para acomodarlos, para que de esta manera el bebé quede como cualquier feto normal.

En una ocasión llegó una señora diciendo que le dolía el ombligo y no podía dormir ni caminar, y que el doctor sólo le respondía que era normal. Al revisarla me di cuenta de que el bebé venía sentado; traté de voltearlo y lo logré, y para sorpresa de la madre, el bebé logró nacer normal y sin problemas. De no haberlo volteado la madre habría sido sometida a una cesárea.

Me permito comentar otros casos en los que he intervenido para lograr la curación. Hay casos en los que las mujeres llegan a tener un gran flujo blanco muy molesto, debido a que está descompuesta del estómago, esto se debe a grandes sentones o golpes o por alzar cosas muy pesadas. Según mis experiencias por estas razones es por lo que hay flujo blanco, y lo alivio con grandes masajes en el vientre y parte del estómago. Mis pacientes, sienten un gran alivio y aunque sea difícil de creerlo, se componen y dejan de sentir esas molestias; de esta manera también puedo aliviar dolores de cintura y piernas.

¿Qué más les podría contar?

Esta son algunas de las tantas y tan grandes experiencias que he tenido hasta la fecha.

# ¿Lucha entre matronas o lucha política?

Conversación con la matrona (partera universitaria) Gloria Espinoza, Magíster en Administración en Salud de la Universidad de Chile y becaria del programa de intercambio auspiciado por la Red de Salud de las Mujeres Latinamericanas y del Caribe, que tiene como sede a SIPAM (Salud Integral para la Mujer) en la Ciudad de México.

**Ticime.** Gloria, háblanos sobre tu trabajo, en Concepción, Chile.

Tengo treinta años de trabajar como matrona en mi país. Mis jornadas semanales ascienden a 44 horas, con un turno en sala de partos cada cuatro noches. Tengo bastante formación en todo tipo de urgencias pues trabajé en un hospital de una zona minera atendiendo todo tipo de accidentes.

En Chile, la carrera de matronería existió primero que la de medicina y nos encargábamos de atender partos en los hospitales. En una época, por falta de recursos médicos, nuestra función se fue ampliando, al grado de salir con habilidades hasta para la aplicación de anestesia. En tiempos de la democracia trabajé dentro del equipo de salud, en el que habíamos de 3 a 5 matronas, encargadas de un consultorio (clínica). Cada consultorio abarcaba de 25,000 a 45,000 habitantes.

**T.** ¿Algo que te haya impresionado de tu estancia en México?

Me ha asombrado conocer que en México por cada 10,000 habitantes, 12.3% son médicos y sólo 10.3% son enfermeras, mientras que en mi país, como en muchos otros, la proporción es diferente; mayor número de

enfermeras que de médicos. Me impresiona que aquí, con todo y esto, varios miles de mujeres embarazadas se quedan sin un seguimiento prenatal por algún profesionista de la salud.

**T.** ¿Cómo van los problemas de morbilidad y mortalidad materna en tu país?

Cuando egresé de la carrera, en la época del presidente Frei, quien trató de descentralizar los colegios, me integré al Colegio Regional de Matronas. En esa época se apoyó la formación de profesionistas y ampliación de cobertura del sistema de salud, lo que junto con la difusión de métodos de anticoncepción, contribuyó a descender las tasas de natalidad y, por ende, las de mortalidad infantil y materna.

Cuando en Chile empezaron a crecer los grupos y redes feministas, como la Red por la Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, se dieron a la luz cifras de mortalidad materna que eran de 153 mujeres anualmente. En la actualidad, este número ha logrado disminuirse a 90.

**T.** ¿Hacen la episiotomía y tricotomía (rasurado de vello púbico) a todas las mujeres?

Pues sí, ya que está en la Norma Oficial. Todo el modelo que seguimos tiene que ver con

el modelo hegemónico. A nosotras nos rinde el modelo aprendido, nadie tiene la práctica, ni conoce los resultados de otros modelos. Somos verticales, damos órdenes, y nos damos cuenta de que el parto está medicalizado. Los monitores no paran, y si paran, los médicos nos regañan pues dicen: «Aquí el médico, soy yo». Yo porque soy buena (experta), me doy el lujo de apoyar algunas peticiones de las usuarias.

Las matronas, antes de Pinochet, teníamos asegurados nuestros empleos y salarios en las instituciones del país. Sin embargo, el sistema nos catalogaba por números de asistencias médicas otorgadas, más no veía si lo hacíamos bien o mal.

Una vez organicé un taller sobre dignificación de la profesionista de salud, en donde nos dimos cuenta que la profesionista estaba trabajando de espalda a la comunidad y para nada tomaba en cuenta la opinión de los usuarios. Ahora a nivel del Ministerio, encargado de establecer las normas técnicas, se está tratando de implementar el concepto de calidad.

**T.** ¿Puede la madre estar acompañada de su pareja durante el parto?

Esa es una realidad terrible, en general no se permite esto. Recién nosotras somos pioneras

y estamos aceptando al padre en la sala de partos. Somos cuatro turnos. De ellos, dos les permitimos la entrada y dos no se las permiten.

T. ¿Cómo ves tú que se puedan cambiar las prácticas que no les gustan del trabajo que realizan?

Hay que entender que va a ser muy difícil poder cambiar a pesar de los argumentos, pues así aprendimos. Tampoco valdría la pena que tengamos luchas con el resto de las matronas si no tenemos resuelta primero la lucha interna con nosotras mismas. Yo misma me pregunto si se trata de una lucha entre matronas o una lucha política.

T. ¿Lucha política? ¿A qué te refieres?

Luchar por acabar con un modelo de atención a la mujer que reprime cualquier otra expresión. Yo espero que algún día acabe este modelo. Necesitamos darle a la mujer la oportunidad de tener un parto humanizado, bien atendido y luego seguir con las otras luchas por las mujeres.

Yo no creo que la matrona profesional esté de más; tenemos más de una cosa qué atender de las mujeres: apoyar, dar consejería y servicios en todas las etapas por las que pasan, desde la pubertad hasta después de la menopausia. Espero que en México sigan luchando por humanizar la maternidad, recuperar la partería que es una profesión de mujeres para mujeres y que cada vez se apoye más el proceso natural fisiológico.

## Parto normal «a pedido»

Sonia Isayama Venancio

Traducción Claudia B. Crellenna

Brasil es el líder mundial en cesáreas (Periódico del Consejo Federal de Medicina N° 84, agosto 97) con una tasa nacional de 37.4%. Las repercusiones de este hecho son terribles pues las cesáreas acarrean cuatro veces más riesgo de infección puerperal, tres veces más riesgo de mortalidad materna, sin contar el aumento de los riesgos de prematuridad y mortalidad neonatal, así como los gastos innecesarios que esto impone al sistema de salud.

Son varias las explicaciones que han dado pie a esta elevación en las tasas de cesárea en Brasil, en contraste con las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud).<sup>\*</sup> Por un lado, la asistencia obstétrica, tal como está organizada, delega al médico (y somete a las mujeres) a la responsabilidad de atender partos. El médico, en rara ocasión, tiene la oportunidad de acompañar un trabajo que dura en promedio de 10 a 12 horas, siendo la cesárea programada la solución encontrada. La disminución de las tasas de cesáreas depende de una reorganización de la asistencia obstétrica (corporativismos), donde otros profesionales capacitados puedan atender los partos normales (tales como enfermeras obstétricas, y por qué no, parteras), dejando a los médicos obstetras la resolución de los partos que presentan alguna complicación y realmente necesitan una intervención quirúrgica como la cesárea.

Sin embargo, hay quienes alegan que la «culpa» no sólo es de los médicos, sino que algunas mujeres son corresponsables, ya que en un gran número de casos la cesárea se realiza «a pedido». Parte de estos «pedidos» de cesárea parecen ocurrir debido a la opción de aprovechar la operación para «ligarse las trompas», como método anticonceptivo. Estudios de 1995 y 1996 indican que cerca del 97% de las cesáreas realizadas en este periodo incluían a la ligadura de trompas como probable indicación camuflada de cesárea. Otras razones podrían ser el miedo al dolor, o pavor de no tener disponible una cama hospitalaria en el momento del parto, o bien por el hecho de que la cesárea se ha convertido en un bien de consumo, opción apropiada y apoyada por el médico o por el entorno social al que pertenecen ciertas mujeres.

Actualmente existen campañas de sensibilización encaminadas por diferentes instituciones de salud, con el objetivo de acabar con esta «invisible epidemia» y poder resolver, por lo menos en parte, esta vergüenza nacional, teniendo como actores a los médicos y las mujeres.

\* OMS: «Los países con las menores tasas de mortalidad perinatal tienen índices de cesáreas abajo del 10%. Nada justifica que las tasas sean mayores al 10-15 % en cualquier región».

Más ¿cuál es al situación de aquellas mujeres que, conscientes, piden un parto normal?

Para ellas, el dolor de parto parece ser «soportable». Insoportable, para aquellas mujeres que utilizan el Sistema Único de Salud (SUS), o el miedo de peregrinar en busca de una «cama» en algún hospital para parir, o el trato poco humanizado que tendrán que enfrentar, o más directo, querer a un acompañante durante el trabajo del parto.

Es terrible, para aquéllas que cuentan con un seguro médico o convenio, la poca disponibilidad de un profesional para realizar la atención prenatal y acompañarla en el trabajo de parto, además de las rutinas también poco humanizadas de las maternidades privadas, como es la separación de las madres y bebés al momento del nacimiento.

Es injusto e inaceptable que sólo las mujeres que disponen de altos recursos financieros puedan optar por una asistencia más humanizada en la atención del parto. Este tipo de asistencia «alternativa», con raras excepciones, se encuentra al margen del sistema de salud.

Existe mucho por hacer; conscientizar a las mujeres y reformular los paradigmas de asistencia obstétrica. Es importante resaltar que la cuestión no es solamente revertir los números de cesáreas por partos normales. Es fundamental vislumbrar una propuesta que contemple el regreso a una atención humanizada del nacimiento y el parto, que valore la naturaleza, respete a la mujer y le dé a su bebé la posibilidad de tener un comienzo en la vida en las mejores condiciones físicas y psicoafectivas.

## Cómo me hice partera



«Como todo en la vida, no somos sino que nos hacemos»

Anabel G. Carabantes

Antes de contaros cómo me hice partera (matrona), me presentaré.

Desde que nací, hace 36 años, me llaman Anabel, y con él me identifico. Trabajo de comadrona desde hace 14 años, tengo tres hijos varones que nacieron en su propio hogar y mamaron hasta que quisieron.

En la actualidad, estoy como comadrona de atención primaria en Zaragoza, España. Mi trabajo consiste en la atención integral de la mujer. Amplio e interesante. Dependo del sistema sanitario local, pero en mis actividades tengo libertad de organización.

Me alargo deliberadamente porque mi acercamiento a la partería no fue vocacional y, para seros sincera, desconocía la función de una comadrona.

En España para ser partera lo primero es que hay que estudiar en la universidad tres años, obtienes el título de «diplomado en enfermería». Después dos años más para ser «enfermera especializada en materno-infantil, matrona».

Pues bien, me introduce en la enfermería por casualidad y al terminar ambicionaba mayor preparación y me decidí a continuar con alguna especialidad.

Me presenté a los exámenes de acceso a «enfermera pediátrica», «enfermera psiquiátrica» y «matrona». Aprobé los tres y las estudié a la vez en Madrid, España, entre 1983 y 1984.

Durante estos dos años, y de nuevo por el azar, el destino o como cada cual quiera denominarlo, «cayó» en mis manos el libro «Embarazo y Nacimiento» de la editorial Integral (ya no se edita). De repente se hizo la luz, todo lo vi claro, yo era mujer antes que comadrona. Empecé a observar cómo parían las mujeres, y paren, en España y era y es deprimente, en serio.

Percibí que era necesario un giro en la asistencia al parto y nacimiento. A partir de entonces, encontré sentido a mi reciente profesión. Trabajaría de comadrona.

Mi formación comenzó cuando recibí mi titulación. Libros, viajes a Europa, reuniones, investigación...

Además de mi trabajo oficial, asisto partos en domicilio a la mujer que lo desea. En España está admitido, pero no financiado.

Pertenezco a la Asociación Española «Nacer en Casa»; a la Asociación pro lactancia materna «Vía Láctea»; a la

Asociación Española de Comadronas; y a la Plataforma «Pro Derecho del Nacimiento».

Os puedo decir que jamás podré dejar de ser comadrona.

Que, como todo en la vida, no somos sino que nos hacemos.

Que me siento feliz de trabajar en lo que me gusta y siento.

Que conforme crezco en experiencia tengo más deseos

de aprender y compartir mis conocimientos. Desde este boletín y a través de Internet, podemos intercambiar experiencias, sentimientos, vivencias... ¿qué es sino la vida?

Un abrazo a todas las parteras mexicanas desde Zaragoza.

Avda. César Augusto 72, 1º derecha  
50003 Zaragoza, España  
Teléfono (34)976-39 05 49  
e-mail: anabel@futurnet.es

## «Siempre que podía me escondía y veía los partos...»

Francisca Ortúño  
partera tradicional, Temixco, Morelos

Mi abuelita atendía partos y no me dejaban ver nada, me decían que a los niños los «traía el avión» o «la cigüeña», pero yo veía que entraban señoras «muy gordas» a la casa y pasaban con mi abuelita, y luego salían con un niño en brazos.

Un día que fui a hacerle un mandado a un doctor que vivía cerca de mi casa me fijé que también llegaban señoras «gordas» con él y que se metían en un cuarto detrás de una cortina; y después de que gritaban un rato, oía llorar al bebé. Otro día me escondí detrás de una cortinita y vi cómo nacía un bebé. Yo tenía como 9 años. Siempre que podía me escondía y veía los partos, en una ocasión estaba yo atrás de la cortina cuando el doctor salió a buscar algo y que me asomo y veo que el niño ya estaba saliendo, me acerco y lo agarro, le amarro su cordón «dominical» y lo envuelvo, y se lo doy a su mamá. Nunca se lo dije a nadie por miedo a que me regañaran.

Cuando tenía 13 años me encontré a una muchacha en el campo que estaba llorando por que iba a nacer su bebé y no sabía qué hacer, yo le ayudé con su bebé, lo envolví en un pedazo de mis «naguas» y se lo di, le dije que aquí estaba su niño, que al llegar a su casa lo limpiara, lo abrigara y le diera de su leche, y que no se preocupara.

Después de un tiempo alguien vino a buscar a mi abuelita y no estaba, como les urgía les dije que yo iba y veía cómo estaba la cosa. Fui y atendí el parto, pero no se lo dije a mi mamá, ni a mi abuelita. Entonces ya venían y me buscaban a mí para que las atendiera de parto y mi mamá decía que no, que yo no sabía nada de eso, hasta que una señora le contó que yo había atendido a su hija en el campo.

Desde entonces ya me dejaban acompañar y ayudar a mi abuelita y así me hice partera.



# Informando

## Convención Anual de Parteras

Paulina Fernández

Representante de MPNA en México

El pasado 13 y 14 de junio celebramos la **V Convención Anual de Parteras** en Oaxaca, Oaxaca. Fue una linda conferencia, creo que todas y todos aprendimos algo nuevo, y tuvimos la oportunidad de conocernos y convivir un poco más.

Las parteras oaxaqueñas de los grupos *Gushis* y *Omitvace* se encargaron de la ceremonia de inauguración. Las y los integrantes del grupo *Cemit* tuvieron a su cargo la clausura; ambos eventos fueron muy emotivos y a todos nos dejaron con una sensación de paz y bienestar.

Considero que tanto las sesiones generales, como cada uno de los talleres nos ofrecieron mucho material para aprender y reflexionar, y así poder enriquecer nuestro trabajo diario.

Uno de los temas que desde mi percepción se movió mucho en esta conferencia, fue la falta de apoyo que tenemos la mayoría de las parteras, así como el poco reconocimiento y oportunidades de progreso tanto para nosotras como para nuestras familias y comunidades.

Es claro que las mejoras, o respuestas a nuestros problemas tienen que surgir de nosotras mismas. Tenemos que empezar a abrir brecha y a crear nuestras propias soluciones, para así

lograr formar un grupo fuerte, sólido y autónomo que manifieste sus ideas, conocimientos y filosofía de una manera clara, tangible y que compruebe con hechos que la partería, tanto tradicional como profesional, es un modelo de atención necesario y funcional.

Las proposiciones que surgieron en este evento fueron:

- Creación de una asociación nacional de parteras
- Traducción y aplicación del examen NARM en México, y
- Recopilación y sistematización de estadísticas de los partos atendidos por parteras.

NARM son las siglas en inglés para «Registro de Parteras de América del Norte». NARM ha desarrollado un proceso de calificación según los siguientes criterios: Un examen escrito y un examen práctico en donde se evalúa el dominio de habilidades y destrezas de la partera. Una vez aprobados los dos exámenes se concede el título de «Partera Profesional Certificada». El objetivo principal de que esta acreditación se implemente en México, es que nos ayude a abrir el camino para la formación, aceptación y legalización de la partería profesional en nuestro país.

Una vez más quisiera agradecer a los ponentes, a los donadores de becas y a las personas que hicieron posible la realización de la Convención Oax.98. Gracias a todas y todos por invertir un poco de su tiempo y esfuerzo para lograr una conferencia acogedora, amable y productiva.

Nos reuniremos de nuevo el año entrante, esta vez en Cuernavaca, Morelos.

¡Esperamos tu participación!

paulinaf@mpsnet.com.mx

## 2<sup>a</sup> Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos en México

Del 27 al 29 de julio del presente año se llevó a cabo, en la ciudad de México, la 2<sup>a</sup> Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos en México, cuyos objetivos fueron:

- Analizar los avances logrados desde la primera Conferencia Nacional (abril'93),
- El mejoramiento de la salud reproductiva y la disminución de la mortalidad materna;

- Identificar los retos vigentes y proponer alternativas de solución; y
- Actualizar la Declaración de México por una Maternidad sin Riesgos, aprobada hace cinco años.

Participaron 242 personas de diversas regiones, instituciones y organizaciones de México, y otros países, entre ellos: Nicaragua, Ecuador, Guatemala, Estados Unidos y Argentina.

Los temas desarrollados en cada una de las ponencias proporcionaron los marcos de referencia necesarios para el desarrollo de los trabajos durante la conferencia.

El trabajo se centró en:

- Identificar factores de riesgo inmediatos a las muertes maternas, así como proponer posibles intervenciones para evitarlos
- Propuestas para la actualización de la Declaración por una Maternidad sin Riesgos en México.

La Declaración actualizada, así como el libro *Una nueva mirada a la mortalidad materna*, que incluirá las ponencias presentadas en el evento, se encuentran en proceso de edición.

Los interesados pueden obtener éstas y otras publicaciones, sin costo en la sede del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, o a través de los Comités Estatales de MSR.

Cuauhtémoc 176, Tepepan,  
Xochimilco Tel y fax 6-76-44-39  
Correoelectrónico  
[imesmsr@infosel.net.mx](mailto:imesmsr@infosel.net.mx)

## **Resumen de la reunión Pro Plataforma «Pro Derechos del Nacimiento» Madrid 6 y 7 de junio de 1998**

Acudieron de diferentes comunidades autónomas excepto de Galicia, Extremadura, Castilla-León y País Vasco.

De Aragón, acudió Anabel G<sup>a</sup> Carabantes, quien esto escribe, comadrona de atención primaria.

Los participantes y representantes pertenecían a diferentes colectivos, trabajos y asociaciones, entre otros, comadronas de primaria, psicólogos, enfermeras, ginecólogo, usuarios...

Se decidió el nombre de la plataforma de entre tres posibilidades, y quedó el nombre arriba escrito. Se presentó un estatuto tipo elaborado por una abogada del grupo.

Se distribuyó, provisionalmente, hasta la autorización de la plataforma, la junta directiva: presidenta en Barcelona, secretario en Gerona, tesorera en Madrid, dos vocales de gestión en Madrid, y las correspondientes vocales coordinadoras regionales. Yo, a falta de nadie más de Aragón me nombré coordinadora provisional de nuestra región.

Para que las reuniones venideras sean operativas, acudirán los coordinadores además de la junta directiva, previo trabajo y consenso de las reuniones locales.

Los fines de la plataforma son:

- La adaptación de las Recomendaciones de la OMS para la mujer embarazada y el bebé, en los centros sanitarios públicos; y
- La posibilidad de elección del lugar y tipo de parto que desee la usuaria con reembolso de la Seguridad Social.

Domicilio Social

**Plataforma Pro Derechos del Nacimiento**

C/ Penélope 5  
28042 Madrid

Tel. 91-305 85 26 y 91-329 60 79

Objetivos inmediatos:

- Elaborar una carta y recoger firmas para apoyo de los fines de la plataforma.
- Comunicar a los medios de comunicación, en general, del «nacimiento» de esta plataforma.
- Dar a conocer a profesionales y asociaciones relacionadas con la maternidad este proyecto.
- Elaborar un logotipo y un carnet de socio.

Próximo encuentro: el **24 y 25 de octubre** del presente año. Si la plataforma está registrada se procederá a nombrar la junta directiva en firme; además se elegirá logotipo entre los aportados; con suficiente tiempo se enviará el orden del día a los interesados.

**Coordinadora de Aragón:**

Anabel G<sup>a</sup> Carabantes  
Avda. César Augusto 72, 1º derecha  
50003 Zaragoza, España

# Entre madres

## Nacimiento en casa de Matías Pettersen

**“No hay como parir con la gente que uno quiere,  
en un ambiente que una conoce”**

Verónica Mues  
México, D. F.



Después de pensar lo mucho, 5 años después del nacimiento de Daniela, nuestra primera hija, nació Matías.

Este segundo embarazo fue muy distinto al anterior, con muchas náuseas, agruras y molestias estomacales. Mi panza creció desde el principio y al final me sentía como elefante, estaba insoportable, y ya quería que naciera mi bebé. Venían las vacaciones de Semana Santa y prefería que el parto se adelantara para que Erik, mi esposo, pudiera estar en la casa con nosotras el mayor tiempo posible.

Mi bebé estaba inquieto, pero no le quedaba mucho espacio para moverse, así que me molestaba cuando pateaba (en ocasiones era muy fuerte). Llegué a pensar que no llegaría a las 40 semanas de embarazo.

Tenía contracciones perceptibles desde 20 días antes del parto, a veces cada 2 ó 3 horas, y otras cada 30 minutos, por lo que decidí suspender mis actividades fuera de la casa. Mi fecha probable de parto era el 15 de abril. Me puse a limpiar por donde nunca se le pasa un trapo; me entró duro ese sentimiento de «anidar», y como habíamos planeado que el parto fuera en la casa quería que todo estuviera listo y limpio.

Como queríamos que Daniela estuviera en el parto, le pedimos a mi mamá que nos ayudara con ella.

Y finalmente el día del parto llegó, 10 días antes de lo planeado.

Empecé con contracciones fuertes en la madrugada del 6 de abril, pero estaban muy espaciadas y no desperté a Erik. Traté de descansar, pero la emoción de que pronto llegaría a mi bebé y la intensidad de las contracciones no me dejaban, aunque cerca del amanecer el cansancio me vencía entre contracción y contracción.

A las 7 a.m. desperté a Erik y le llamé a Gloria mi partera, y ahora también doctora. Mis contracciones ya eran cada 5 minutos. Terminé de preparar algunas cosas de comer que había empezado el fin de semana y desayuné ligero. Cuando se acercaba una contracción la esperaba sentada en una pelota y me recargaba sobre la mesa, soltándome lo más que podía. Desperté a mi hija y se puso muy contenta porque ya iba a conocer a su hermanito(a?). Llamé a mi madre que corrió a mi casa.

Alrededor de las 10:30 llegaron Gloria y Mireille, la instructora. Me checharon y ya tenía el 90% de cuello borrado y 4 cm de dilatación, y me

puse muy contenta. Nos fuimos a caminar al parque que está enfrente de la casa y al poco rato las contracciones estaban cada 3 min., Si no llegábamos a una banquita o a un árbol al cual recargarme, me sostenía cada una de un brazo o me colgaba del cuello de alguna de las dos. Me sentía muy segura caminando con una guardiana a cada lado . El calor y la sed nos hicieron entrar a la casa y yo me fui directo a la tina, lo cual me resultó muy refrescante. Erik me traía agua caliente cada vez que la requería y mi hija, en traje de baño, se moría por meterse. Me checaron antes de entrar al agua y ya estaba en 6 cm. y con el cuello prácticamente borrado.

La tina era chica, pero podía estirar las piernas, me senté en una llantita y luego en un cojín, pues la presión era muy fuerte en el periné. Terminé de rodillas recargada en un banco o en las piernas de Erik, recibiendo chorros de agua en la espalda. En total estuve como una hora en el agua muy a gusto, hasta que entré en la «transición» y ya «no me hallaba». Me hicieron un tacto y ya tenía 8 cm. de dilatación.

Me cansé de la posición y me sugirieron que saliera del agua para probar otras posturas. Como que empezaba el deseo de pujar y me acomodé

en el sillón, subí mis piernas a un banco traté de descansar. Erik me acariciaba una mano, Gloria me hacía un suave masaje en el abdomen, donde era más fuerte la presión, y Mireille masajeaba mis pies. Estaba instalada como reina en su trono. Me sentía muy bien a pesar de que las contracciones eran muy fuertes y continuas. Me rompieron las membranas y salió el líquido muy transparente. Ya no platicaba, ni miraba, solo escuchaba y relajaba. Me pusieron música; se respiraba un aire de paz y tranquilidad increíble.

Era ya la 1:00 p.m. y por lo adelantado que iba el trabajo de parto, le llamaron a Isabel, la pediatra. Estábamos todos tan concentrados que sólo la perra ladró cuando tocó, pero nadie se movió para abrirla. Fue realmente un trabajo de equipo.

Con frecuencia escuchábamos los latidos del corazón de mi bebé y checaron mi presión. Todo estuvo perfecto siempre, y eso nos dio mucha confianza y tranquilidad. Todo estaba tan en paz y había una armonía que se respiraba un aire de confianza y calidez que me permitieron sobrelyear lo que faltaba, pues el pronóstico era que nacería muy pronto. Falló.

Ya eran las 2:00 p.m. y no había avance notorio en la dilatación, así que me pusieron a caminar y





a mover la cadera, pues no se definía la sensación de pujo. Me propusieron entrar a la regadera y me instalé en el baño: me senté en un banquito y me recargué en la pelota mientras el chorro de agua chocaba en mi espalda. Me sentí de maravilla con la compañía de Mireille. Cuando empezó la sensación de pujo regresé a la sala y esperábamos que el bebé saldría en un par de pujos, pero Gloria me revisó nuevamente y ¡sorpresa!, se había inflamado un borde del cuello así que no podía pujar y había que esperar. Eso fue muy desesperante, pero Gloria maniobró y yo pujé hasta que el borde rebasó la cabecita del bebé. Descansé un poco y luego pujé parada, en cuclillas, sentada en la silla de parto, pero la cabeza no alcanzaba a bajar, así que terminamos en el suelo, pues era la posición en la que más lograba bajar. Pero nada, cuando acababa el pujo la cabeza subía de nuevo, se regresaba como 'yoyo'. Me cansé mucho y empecé a desesperarme, pero nunca me presionaron ni me carrerearon, me echaban porras y me adelantaban a seguir. Y así pasaron cerca de tres horas. A pesar de todo nunca perdí la confianza y la sola idea de irme al hospital y los ánimos de Erik me hicieron continuar.

Antes de sentir que no podría más, a Gloria se le ocurrió vendarme la panza, y cuando terminaba el pujo Mireille «detenía» al bebé para que no se regresara. En dos pujos más salió la cabeza.

Entonces recobré fuerzas (no sé de dónde) y en otro pujo salió el cuerpecito de mi bebé como «tapón de sidra», pues parece que traía un bracito doblado sobre el pecho lo que dificultaba su salida, pero en cuanto Gloria vio que se asomaba un hombrito, tiró por debajo de él y salió todo el bebé. Para entonces ya eran las 6:30 p.m. Era un bebé tan grande que no lo podíamos creer, gritó tan fuerte y se prendió del pecho tan rápido que Isabel (la pediatra) dijo: «este bebé sabe a qué vino al mundo».

A pesar del tamaño y peso del bebé, 3.5 kgs., me rasgué muy poquito pero no me hicieron episiotomía, era un bebé muy grande para mí. Él se llevó una calificación 9-9 y yo la satisfacción más grande de mi vida. Mi hija me echaba porras y le hablaba a su hermanito muy emocionada. Se acercó a él y le dijo: «soy Daniela, soy tu hermana, soy una niña muy bonita, soy Daniela tu hermanita» y lo acarició.

Mi madre empezó a llorar y a mí me cambió hasta el tono de voz, una vez que vi a mi bebé tendido en mi vientre.

No hay palabras para agradecer a todos los que me apoyaron y sigo pensando que fue un gran trabajo de equipo. Sola no hubiera podido parir a este hermoso niñote: Matías.

Gracias Erik, gracias Daniela, Gloria, Mireille, madre, gracias...

# *Recetas, trucos y demás...*

## *Eliminando las infecciones cuando comienzan*

Cuando las bacterias o los virus alcanzan al cuerpo sano, en condiciones normales, este moviliza sus defensas con tanta rapidez que no pasa nada.

Si estas defensas permanentes son eficaces, el organismo destruye a las bacterias, virus y sus toxinas (sustancias que producen estos mismos). Con una dieta adecuada estas defensas aumentan rápidamente, aun después de que se haya iniciado una infección, siempre que se prevean abundantes cantidades de los diversos principios nutritivos apenas aparezcan los primeros síntomas.

Las hormonas secretadas por las glándulas suprarrenales (desoxicorticosterona) movilizan a las defensas corporales, mas sin embargo las hormonas secretadas en un estado de tensión emocional (cortisona) evita que las primeras hormonas se produzcan y por lo tanto muchas veces el cuerpo se vuelve más susceptible y las infecciones adquieren gravedad, asimismo una dieta inadecuada carente de sustancias nutritivas tales como agua, ácido pantoténico, vitamina B6, B1, B2, ácido fólico, biotina o niacina, entre otros impiden una rápida recuperación del cuerpo.

### ***Los milagros de la vitamina C***

En una enorme cantidad de investigaciones se demostró que la vitamina C es de importancia crucial para tratar las infecciones; en estas investigaciones se ha encontrado que la vitamina C anula a una amplia variedad de toxinas bacterianas, impide el desarrollo de las bacterias y estimular la producción de anticuerpos. Se ha observado que la vitamina C es más eficaz con el calcio y que una alta dosis de vitamina C es más ventajosa que los antibióticos y carece de efectos tóxicos.

### ***Importancia de las proteínas***

Las células que defienden nuestro cuerpo están formadas de proteínas, por lo tanto, la falta de este factor nutritivo impide que las infecciones se eliminan, por más vitaminas que se ingieran. Los aminoácidos (componentes esenciales para formar una proteína) de mayor importancia son metionina y triptófano, que abundan en los huevos y en la leche.

Los principales alimentos proteicos que fortalecen a las defensas corporales son el hígado, la levadura de cerveza y en especial el germen de trigo.

### ***La vitamina A y las infecciones***

Ésta influye particularmente en la prevención y curación de las infecciones de la piel, cólera y las membranas mucosas que revisten todas las cavidades

del cuerpo, aunque no necesariamente en la elaboración de las células de defensa. Si falta la vitamina A, millones de células que están en la capa inferior de la piel y en la superficie de las mucosas mueren con rapidez y se acumulan; entonces las células que tapizan a las cavidades del cuerpo no pueden secretar más moco, que normalmente limpian a los tejidos y transportan a las células de defensa. En todos los casos la acumulación de células muertas sirve de alimento nutritivo para las bacterias.

Las personas más propensas a las infecciones son las que tienen deficiencia de vitamina A y C. La vitamina A disminuye de manera considerable durante las infecciones, a menudo se pierde con la orina y puede desaparecer del todo en el sarampión y en los estados de mucha fiebre. Sin embargo si no se da vitamina E en abundancia la vitamina A se destruye rápidamente.

Si la persona se siente tan mal que no come, surge una descompensación que provocará irritabilidad, dolor de cabeza, náuseas y vómito. Esto se previene por completo si en cuanto se inicia una infección, se ingiere cada una o dos horas algún alimento que contenga azúcar: gajos de naranja, trozos de fruta cocida, sorbos de jugo de fruta, yemas de huevo, leche endulzada con miel o cualquier otro que contenga azúcar natural.

Tomado de Davis, Adelle. *Mejore su salud*, Ed. Press Service, NY, 1980.

# Recordando nuestras tradiciones

## El nacimiento...

Cuando se acerca el día del alumbramiento se llama a una partera para que examine a la madre y vea que todo esté normal; muchas veces la comadrona anuncia el sexo del nonato. Tan pronto como comienzan los dolores del parto, la especialista llega al hogar de la parturienta y se queda por cuatro o cinco días, esto es, hasta que la criatura tiene tres de haber nacido. Se prefiere que la partera sea una parienta próxima: la madre, la suegra o la hermana. Recibe un peso en pago de sus servicios, además de cuarenta a sesenta mazorcas y, en la mayoría de los casos, un litro de aguardiente. Durante su permanencia en casa de la paciente se le sirven todas las comidas.

A medida que los dolores empeoran, la comadrona prepara una tisana de flores de jazmín, canela, clavo, pimienta negra y «trago», que ha de beberse muy caliente. Cuando la madre siente que el momento del parto se aproxima, sus hijos, los demás parientes y amigos salen de la casa y solo la mujer que la asiste y el marido se quedan con ella. Muchas señoritas beben una buena cantidad de licor con el objeto de aminorar los dolores y apresurar el alumbramiento. La parturienta, vestida como siempre, se arrodilla sobre lienzos limpios, zacate recién cortado u

hojas frescas de plátano, se agarra de una silla o una cuerda que cuelga de las vigas, para no desperdiciar ninguno de sus esfuerzos por dar a luz a la criatura. La partera se queda de pie detrás de ella y la coge por la cintura, rodeándola con sus brazos, mientras que el marido, sentado muy cerca, en una silla baja, la reconforta y le infunde valor. Si la comadrona no está presente, el marido toma su lugar, sostiene con fuerza a su mujer y le hace presión hacia abajo.

La pedrana no le permite a la partera que la toque si no es sobre sus vestiduras. No se levanta la falda azul negra. Finalmente, el vástago cae al suelo y es la madre quien primero lo toma y coloca abajo con cuidado; luego, lo levanta la comadrona y lo envuelve en lienzos limpios. Si, al no estar presente esta última, le ayudan a la parturienta sus familiares o amigas, tiene cuidado de que a su hijo no lo alce una mujer embarazada, por miedo a que el sexo de la criatura cambie después del nacimiento. (Me refirieron varios casos en que así sucedió). Algunas parteras bañan al recién nacido en agua caliente, pero otras están en contra de tal práctica porque, a consecuencia de ella, le entra el aire en el estómago y hace llorar a la criatura.



El siguiente paso ayuda a la expulsión de la placenta; la comadrona pone lienzos calientes en el abdomen de la afectada y le da masaje, con movimiento hacia abajo. Cuando se ha logrado la expulsión, la madre se pone de pie, va a su lecho, se cambia la ropa y se acuesta. Luego, la partera le vendrá el vientre con fuerza. El vendaje, de quince centímetros de ancho, se hace con una pieza rectangular de muselina, doblada diagonalmente varias veces.

Cuando el niño nace «casi muerto», las secundinas se ponen en agua caliente, antes de cortar el cordón umbilical, con el propósito de darle calor la niño y revivirlo. Si la criatura nace con una membrana o tela que le cubre la cabeza, tal redaño se abre con uñas, cuchillo o tijeras para liberarlo. El omento se lava y seca, envolviéndose cuidadosamente en un trozo de lienzo; luego se pone en un morral inservible, a que se seque y atiese, hasta el día en que se le mostrará al niño, mientras le cuentan cómo es que vino al

mundo. Una criatura que nazca con el cordón umbilical cruzado sobre los hombros y el pecho, como si fuera una cartuchera doble, será objeto de preocupación y tristeza continuas por parte de los padres, debido a su creencia de que tal vástago ha de matar o ser muerto. Se dirán oraciones por su seguridad durante toda su vida.

Para cortar el cordón umbilical y separar al infante de la placenta, aquél se amarra lo más cerca posible de su cuerpecito con hebra de algodón recién hilado. Luego se coloca a la largo en una mazorca y se corta, a quince centímetros del ombligo, con cuchillo o machete. Se le pone a la criatura un trozo de algodón en la parte afectada, la vendan con paños limpios, la fajan y colocan en el lecho, al lado de su madre. Cuando la ayudante tiene «buena mano», el «ombligo» se cae en tres días. El padre realiza las operaciones mágicas con el cordón ya seco. Si se trata de un muchacho, lo amarrá a una de las ramas de un árbol elevado, para que éste sea capaz de trepar sin miedo a cortar fruta; y si se trata de una niña, lo pone el padre al lado del fogón, para que llegue a ser una buena auxiliar de su progenitora y posteriormente, una buena esposa.

Antes de enterrar la placenta, envuelta en una pieza de muselina nueva, detrás de la vivienda, la partera examina cuidadosamente el trozo restante; un cordón poco largo (de quince a veinte centímetros), que no tenga «semillas», es señal de que no nacerán más criaturas y causa profundo desaliento. El

número de estos pequeños nudos o montones revela al de los hijos que han de esperarse: semillas blancas indican muchachas, y negras, varones. Los gemelos y los triates se evitan aplastando los nudos agrupados, salvo uno de ellos. La comadrona se toma el cuidado de apretarlos hasta que desaparecen. El dar a luz a más de una criatura en cada parto no se considera deseable, ya que «es difícil criarlas y la mamá no puede atenderlas bien, ni a ellas, ni a la casa, ni al marido», y se cree que sólo sobreviven los mellizos del mismo sexo.

Tan pronto como se faja a la criatura, se le pone sal en la boca y se le frotan en los labios tres chiles, suavemente, para que «se acostumbre a su sabor». En sus manos no se coloca nada.

La partera baña al infante tres días después de su nacimiento, y la pone una camisita y un pañal de vieja muselina usada, ya que un lienzo nuevo lo mataría. Despues del primer baño, se repite esta operación una vez a la semana, lavándosele la incipiente cabellera.

El niño comienza a mamar, en brazos de su madre, al día siguiente del nacimiento. La mamá se calienta las manos al fuego, y trata de redondear la cabeza de la criatura, «procurando hermosearla». La madre debe quedarse tres días en cama, pues, de otro modo, moriría. Los cuarenta días siguientes tiene cuidado de no comer nada que pueda dañar al infante. Evita los alimentos fríos, como las verduras, el aguacate, el mango y la piña. Puede comer guayabas y plátanos después de quitarles

el corazón. Carne y papas sólo se ingerirán cuando la criatura tenga de 20 a 30 días. Nada más se le proporcionan alimentos calientes: atole de maíz, frijoles, tortillas, caldo y carne de pollo o gallina. El agua que bebe se entibia en el fogón. Toma 'ul, 'uch 'umo' y agua de arroz para producir abundante leche. «Cuando la pareja es joven» reanuda sus relaciones sexuales una quincena después del alumbramiento; en otros casos espera un mes o más.

«El hombre pertenece a la mujer, y la mujer al hombre». Si una criatura es una niña, el padre debe ayunar y rezar por su alma y su vida; si es un niño, le toca a la madre, ya que la muchachita le pertenece a su padre y el varoncito a su mamá. Cada progenitor tiene a su cargo, de este modo el cuidado del alma de su vástago de sexo opuesto. Los martes se dicen oraciones por la niña y los jueves se reza por el varón, hasta que ya son adolescentes o, la mayoría de las veces, hasta que se casan.



Fragmento tomado del libro: *La medicina invisible, introducción al estudio de la medicina tradicional*, de Xavier Lozoya y Carlos Zolla, en la Colección El Hombre y su Salud, Folios Ediciones, pp. 228-231.

# *Lo que otras publicaciones nos dicen*

## *Nosotras recibimos la vida*

Si te interesa penetrar un poco en la historia, la vida, los saberes y los sueños de las mujeres que reciben la vida: las parteras, este libro te va a gustar tanto como a nosotras, y tantos otros que lo han leído.

Evelia Botana Montenegro nos lleva de la mano por los senderos de la sierra veracruzana de Perote, lentamente nos introduce a este rincón de México, para después dejarnos frente a frente con estas mujeres que con sus propias palabras narran con pasión la mística de su oficio heredado y milenario.

Así, a través de sus voces realizamos con ellas un recorrido por sus comunidades y penetramos al corazón de estas incansables viajeras, quienes sin importar la escasez de recursos, e incluso

haciendo uso de los propios, nunca se quedan con las manos atadas y van de rancho en rancho dando vida, amor, consuelo, lavando, curando. Sobretodo, enfrentando la vida con valor, con alegría, pues a pesar de saber que no hay remedio, porque «la vida es así», no se dan tiempo para la resignación ni para la derrota. En su rápido andar van recogiendo el respeto y reconocimiento de sus comunidades, y sobre todo cosechando su gozo de dar vida.

Esta travesía, real e imaginaria al mismo tiempo, nos previene contra el olvido de una sociedad ensañada en mirar sólo hacia la modernidad, ignorando los ricos conocimientos del México antiguo transmitidos de generación en generación a través de los siglos.



Fragmento tomado del comentario de Martha Patricia Ponce Jiménez al libro *Nosotras recibimos la vida: Parteras de la Sierra de Perote*, COPE,A.C. Atención Primaria a la Salud Cofre de Perote, A.C., 1998. Portada y algunas fotografías de Conce Codina. Quien se interese por adquirir el libro puede solicitarlo a Ticlime.

# Los médicos hablan

## Uso y abuso del ultrasonido

Que la tecnología no se convierta en sustituto de la habilidad clínica obstétrica, que hacer insustituible de la profesión, generado por el contacto del médico o la partera con la embarazada.



Dra. Norma Escalante B.  
El Grullo, Jalisco.

El ultrasonido es un apoyo médico que tiene sus límites como herramienta diagnóstica. Por ejemplo, no se recomienda su uso rutinario en cada visita prenatal, ya que fetos expuestos a seis estudios ultrasónicos durante todo el embarazo se asociaron a la probabilidad de tener un peso promedio bajo al nacer y más casos de peso muy bajo al nacimiento, comparados con los que recibieron sólo una exposición al ultrasonido en todo el embarazo.<sup>1</sup>

Pensemos pues en el uso cada vez más amplio e indiscriminado que se da a este recurso, tan importante y valioso en los casos de embarazos de muy alto riesgo (diabéticas, hipertensas, malformaciones uterinas, placenta previa, mujeres con isoimunización Rh+, posmadurez y sangrados del embarazo), pero no tan confiable en otras situaciones, como veremos a continuación.

Por ejemplo, el ultrasonido no nos puede predecir la fecha probable de parto si se realiza en los dos últimos meses del embarazo, pues el error puede ser hasta de dos semanas, antes o después de la fecha calculada. No todos los fetos crecen igual en estos dos últimos meses pues su peso y tamaño dependen de otros factores como la constitución de los padres, la alimentación de la embarazada, eventos durante el embarazo, como infecciones, etcétera. Por lo tanto, para calcular la edad de un bebé antes de nacer y la fecha más cercana de su nacimiento, el estudio deberá realizarse en los primeros meses (entre las semanas 18 y 20) cuando todos crecen igual.

En casos de sangrado durante los primeros meses, el ecosonografista puede determinar 'embarazo perdido' e indicar la realización de un

legrado, al percatarse de la extensión de la hemorragia o coágulo acumulado detrás de la placenta --considerado severo cuando el desprendimiento alcanza de un 30 a un 50%. Igualmente, la imagen de un saco o bolsa gestacional con forma irregular es también un dato de mal pronóstico, sin embargo, se ha reportado que un 5% de estos casos continúan con un embarazo normal.

En relación a la placenta, muchas mujeres en el tercer o cuarto mes de embarazo son sometidas a un estrés innecesario cuando se les comunica que la placenta está acomodada muy abajo en el útero, cerca o encima del cuello de la matriz. Esta situación se conoce como 'placenta previa'. Si existe alrededor de los seis meses, presentará como único síntoma un sangrado vaginal, pero si se detecta al tercer o cuarto mes, visto por ultrasonido, el diagnóstico puede ser una falsa alarma, ya que la placenta en estos meses pudo ocupar normalmente hasta la mitad de la superficie del útero y muy comúnmente abarcará estas áreas bajas. Dicha superficie va disminuyendo con el embarazo y al final sólo ocupa el 10%. Otro suceso que puede favorecer este fenómeno es la formación del 'segmento' del útero, que es una banda del tejido por arriba del cérviz, que normalmente se ensancha alrededor de los siete meses y permite a la placenta, colocada en él, ser desplazada hacia arriba alejándola del cuello. Así, una placenta diagnosticada como 'previa' a los 4 o 5 meses y medio estará totalmente normal en un 50 a 70% de los casos, al final del embarazo. Y una placenta diagnosticada como previa, entre los 6 a 8 meses, estará totalmente 'corregida' sólo en un 10%

a 30% de los casos. El diagnóstico definitivo se realiza a las 36 semanas (octavo mes).

Otro tema muy discutido está relacionado con la madurez placentaria, lo cual no habla de ninguna manera de la madurez del bebé, ni de su edad, simplemente es una clasificación del aspecto que da la placenta en la pantalla del ultrasonido. Tampoco una placenta grado III, por sí sola, indica posmadurez y necesidad de provocar un parto. Se sabe que el 20% de los embarazos a los 7 meses y medio tienen una placenta grado III en su aspecto. Este aspecto se da principalmente por la presencia de calcificaciones en placas, que aparecen después de los siete meses y medio y que no tienen ningún significado patológico por sí solas.<sup>2</sup>

Tal vez el tema más controvertido es la valoración del bienestar fetal, que se deduce de varios parámetros llamados variables biofísicas del feto: tono y movimientos fetales, movimientos respiratorios fetales, cantidad de líquido amniótico y aceleración del latido cardíaco fetal al momento de cualquier movimiento del bebé, para lo cual además de la pantalla de ultrasonido se requiere otro aparato que mide la frecuencia cardíaca fetal durante unos 30 minutos con la madre acostada sobre su lado izquierdo y después de comer. Este tipo de estudios nos habla de cuán poco sabemos aún con respecto al comportamiento de un bebé en útero y su significado, en cuanto a salud o enfermedad, de ese comportamiento. Si el feto se succiona el pulgar, se pueden generar patrones de su frecuencia cardíaca sospechosos y por ese motivo realizarse una cesárea. La interpretación de éstas situaciones con índice de error entre 50 y 70% puede conducir a decisiones que serán equivocadas en esa misma proporción.<sup>3</sup> Y sin embargo, estas mismas pruebas no detectan a veces un feto moribundo en un 1% de los casos.<sup>4</sup>

El dato más confiable para deducir si un bebé en útero puede estar con problema es la cantidad de líquido amniótico y una cantidad correspondiente a una bolsa de líquido de un centímetro\* debe alertarnos, pero aún con ésta anormalidad (oligohidramnios severo) del líquido amniótico, en muy escasa cantidad, los movimientos fetales son los mejores indicadores de que un bebé se encuentra bien. El Dr. Huijts de la Universidad Nijmegen de Holanda, experto en comportamiento fetal, menciona que al final del embarazo los movimientos fetales normalmente se reducen bastante. Recomienda que la madre debe acostarse de lado durante media hora en la cual, si no percibe ningún

movimiento del bebé, se deberá tomar una actitud de vigilancia. Curiosamente, él manifiesta tener un gran respeto a la mujer embarazada pues con mucha frecuencia, cuando afirman que algo anda mal tienen razón: «cuando una madre dice que el bebé no se mueve o lo hace de una manera extraña, aunque las imágenes ecográficas y el registro del corazón fetal no revelen ninguna anomalía, el niño puede, a pesar de ello, nacer con algún defecto.»

Si bien es verdad que los tropiezos nos ayudan a aprender, es importante ser más conscientes de la manera en que trabajan las medidas tecnificadas en el ramo de la medicina, pues se trata de seres humanos y más en nuestro caso de la mujer embarazada cuando el ser en formación es más susceptible a agentes de todo tipo. Así lo muestra el Dr. Michel Odent en los últimos años con su concepto de Salud Primal.<sup>5</sup> quien nos alerta sobre el daño al feto que se puede inducir no sólo con agentes reconocidos como agresivos (Rayos X, drogas, medicamentos), sino también con agentes considerados como benéficos para la salud, como sucede con la administración de la vitamina A, ciertos alimentos y vacunas, cuando el feto se encuentra en períodos críticos o 'ventanas', es decir, etapas de mayor propensión por las que cada órgano en desarrollo pasa.

Un exhorto a parteras y médicos a que estemos más enterados, conscientes y responsables frente a la mujer embarazada; y a los futuros padres y madres más enterados y sobre todo a confiar más en su propia naturaleza e intuición. La decisión de utilizar el ultrasonido debe ser siempre para responder a una pregunta y no utilizarse en forma rutinaria ya que sus implicaciones en la salud de los futuros niños aún no han sido comprobadas.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Lancet, Oct. 1993.

<sup>2</sup> Fox. *Clinics in Obstetrics and Gynecology*, 1986, 13:501

<sup>3</sup> Smith/Fhelan, 6a. Reunión de la Sociedad de Obstetricia Perinatal, Texas, 198.

<sup>4</sup> Evertson. *Obstetrics and Gynecology*, 1978, 51: 671.

<sup>5</sup> Primal Health Research Institute, 59 Roderick Road, London NW3 2NP.

<sup>6</sup> «Imaging ultrasound in pregnancy», en Enkin, M. et al, *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, 2nd. Edition, Oxford University Press, 1995, p.p. 40-45.

\*Esta medición se calcula por medio de ultrasonido y corresponde a la suma de los centímetros, por cada cuadrante que existen entre el bebé y la pared uterina. Oligohidramnios leve = 7,6 cms; y severo = 1 cm.

## Directorio

### Titular de la publicación

Laura Cao-Romero

### Domicilio de la publicación

Grupo Ticime, A. C.

Congreso 113 E-403, La Joya, 14090

México, D. F. Tel. (52-5) 573-76 26

Fax (52-5) 513-1752 e-mail: ticime@laneta.apc.org

### Imprenta

Multiediciones California

Xola 181-A, Col. Alamos, México, D. F.

### Compilación y edición

Laura Cao-Romero y  
Claudia B. Crevenna

### Producción editorial

Ana Victoria Jiménez A.

### Diseño y formación

Mayra Novella

### Colaboradoras

María Constanza Echeverri, Andrea Bolongaro,  
Maritza Balbuena C., Francisca Hernández,  
Paulina Fernández y Guadalupe Trueba

### Correspondentes en EUA (hispanohablantes)

Pilar A. Parra Tel. (607) 255-0063

Internet: pap2@cornell.edu

### Distribución

Grupo Ticime, A. C.

### Licencia de título

6811 Secretaría de Gobernación

### Licencia de contenido

7315 Secretaría de Gobernación

### Reserva de derechos

1740-93 Secretaría de Educación Pública

### Conversando entre parteras

aparece cada cuatro meses.

Con tu donativo a Grupo Ticime, A. C. quedas  
inscrita a la Red de Parteras y recibes este boletín.  
Se imprimieron 500 ejemplares.

**Grupo Ticime, A. C.** es un Centro de Documentación y Apoyo a la Partería.

### ¿Qué significa *Ticime*?

Parteras, es el plural de *tícitl* como se llamaba a la partera o curandera en una variedad de la lengua náhuatl.

### ¿Qué hace *Ticime*?

- Reune materiales y bibliografía sobre la atención al embarazo, parto, puerperio y recién nacido; así como documentos sobre partería, local y foránea.
- Desarrolla una red entre parteras de distintas regiones al interior de México y de países latinoamericanos.
- Difunde el modelo de partería como un servicio de calidad en la atención primaria a la salud de mujeres y bebés.

Los artículos publicados expresan la opinión del (la) autor(a), no necesariamente del Grupo Ticime. Se autoriza su difusión por cualquier medio, siempre y cuando se dé el crédito correspondiente a su autor y a esta publicación.

## En el Centro de documentación disponemos de libros, revistas y videos sobre:



Parto natural

Parto en agua

Partería tradicional

Partería profesional

Lactancia y cuidados al recién nacido

Desarrollo y estimulación temprana

Planificación familiar

Sexualidad

Enfermedades de transmisión sexual

Derechos reproductivos



Nuestro servicio al público es de

10:00 a 18:00 hrs.

*"Vivir el parto al lado de la pareja... ver y sentir al bebé...  
si yo lo hubiera visto antes de tener a mis hijos, ¡me hubiera servido mucho!"  
"Sería muy interesante presentarlo en escuelas, secundarias y prepas, para que  
los muchachos estén mejor informados antes de ser madres y padres".*



Grupo Ticime presenta

## Parir y Nacer

Película sobre el proceso fisiológico del nacimiento de Karin Berghammer  
Autores científicos:  
Dres. Regine Ahner y Peter Husslein



En colaboración con la Clínica de la Mujer de la Universidad de Viena.  
Un video didáctico sobre el proceso fisiológico del nacimiento, en dos partes:

- La primera parte trata de los aspectos emocionales del nacimiento:  
la entrega, el soltarse, abrirse, rendirse y vencer.
- La segunda parte, mediante tomas reales y animaciones computarizadas tipo 3-D, muestra los mecanismos del parto y el alumbramiento.

**¡Ahora en español!**

### Karin Berghammer

Partera con 7 años de experiencia en Korneuburg, NÖ, Austria.

Escuela de Cine ...,  
Berlín, Alemania.

### Dr. Regine Ahner

Asistente en el Dpto. de Perinatología y Ginecología Hospital General, Viena, Austria.

### Prof. Dr. Peter Husslein

Director del Dpto. de Perinatología y Ginecología, Hospital General, Viena, Austria.

Queridas Ticimes:

Estamos felices de que *Parir y Nacer* haya recibido tan entusiasta acogida en México y América Latina. Agradezco el envío del texto traducido al español pues la película fue escogida para participar en el Festival Internacional de Cine Científico a realizarse en Ronda, España. Les deseo buena suerte en su trabajo de promoción y apoyo a la partería y ¡jalá que México cuente pronto con escuelas para aspirantes a esta profesión!

Karin Berghammer, partera y autora de la película *Parir y Nacer*. Viena, Austria.

Distribuido por Ticime  
Tel. 573-7626 y Fax 513-1752, México, D.F.

Parir y Nacer