matronas hou **NUEVA ETAPA**

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE MATRONAS

N.º 10 - I TRIMESTRE, 1998

II ENGUENTRO DE LA ASOCIACIÓN PORTUGUESA DE ENFERNEROS OBSTETRAS.

(I ENCUENTRO LUSO-HISPANO) LISBOA, 25, 26 Y 27 JUNIO - 1998

Educación en el Area Prenatal Contracepción femenina E.T.S.

Enfermedades cardiovasculares en la mujer

Lactancia materna

Revisión antropológica de la maternidad.

La familia en Maastricht

uetruet el ep etruetectui er

El después devias madres adolessentes

eneriem el ele ceicie lE elegedese

Programas de salud de la mujer en Atención Primaria



matronas hoy



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

N°10 - I TRIMESTRE, 1998

STAF

Dirección

Mª Angeles Rodríguez-Rozalén

Asesoras

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

Consejo de Administración

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

Deposito Legal: 19.000/83.

Edita: Asociación Nacional de Matronas

S U M A R I O

u encuentro de la asociación Portuguesa de enfermos obstetra

PUNTO DE VISTA	Pág.5
CRONICA DEL CONGRESO) Pág.6
VI CONJURESO NACIONALI Encuentro His	pono-luso
HEMOS LEIDO	Pág.12
LA ASOCIACIÓN INFORMA	Pág.13
SECCIÓN CIENTIFICA	
LOS USUARIOS DEL SISTEMA I LA PRAXIS DEL ASISTENTE OE	
LA MUJER Y SU DESEO	Pág.20
LA MATERNIDAD EN UN SISTEI DE IMÁGENES	[2007] [2] [2] [2] [2] [2] [2] [2] [2] [2] [2
ESTUDIO SOBRE CARGAS DE I Y ATENCIÓN CONTINUADA DE I	LAS
MATRONAS DEL HOSPITAL UNI GREGORIO MARAÑON	1995 NATE OF THE PROPERTY OF THE PARTY OF TH
IDEAS DE UNA POBLACIÓN DE SOBRE EL DESARROLLO INFA	
SECCIÓN INTERNACIONAL	and the many and the state in a small large. — the state

CURSOS DE INFORMATICA

DIAIGIDO A MATADAAS ASOCIADAS CON LA COLABORACIÓN DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE MADRID

ABRIL. DÍAS 13-17 Y 20-24 (TARDES)

JUNIO. DÍAS 8-12 Y 15-19 (MAÑANAS)



PROFESOR: Mario Escaja. Técnico Informático.

DBJETHVOS:

- Conocer el ordenador personal.
- Aprender a manejar el Entorno Windows.
- Introducción al Óffice 95: Excel, Power Point, Word y Acces.

DESARROLLO: las clases se impartirán en dos niveles, uno de iniciación y otro de perfeccionamiento con prácticas en ordenadores personales.

Menéndez Pelayo, 93. 28007 Madrid.

DUPPELOT: Dos semanas, de Lunes a Viernes, De 16 a 20 h.(Tardes). De 10 a 14 h. (Mañanas)

MATRICULA: Asociadas: 2.000 Pts.

Asociación Nacional de Matronas. Tlf/Fax: 91/ 501 05 09.

CURSO DE COMUNICACIÓN NO VERBAL Y PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA

MAYO. DÍAS 18-22 (TARDES)

PROFESORA: Mª Ángeles Rodríguez Rozalén.

OBIETIVOS:

- Aprender a identificar el lenguaje corporal de los demás.
- Utilizar nuestro propio lenguaje corporal de manera positiva.
- Aprendizaje para mejorar la comunicación con los demás.

DESARROLLO: Las clases constarán de una parte teórica y otra de prácticas en grupo.

LUGAR: Asociación Nacional de Matronas. Menéndez Pelayo, 93. 28007 Madrid.



DURACIÓN: Cinco días, de Lunes a Viernes, de 15'30 a 20'30 h.

MATRÍCULA: Asociadas: 5.000 Pts.No asociadas: 15.000 Pts.

INSCRIPCIONES: Por riguroso orden de solicitud. Asociación Nacional de Matronas. Tlf/Fax: 91/501 05 09.



Carta al Defensor del Pueblo

Somos un colectivo profesional que, a lo largo de la historia, hemos realizado una función social y sanitaria importante. Venimos ayudando a nacer... Queremos decir que ponemos nuestro conocimiento científico, destrezas, habilidades, arte, paciencia, experiencia y humanidad en el cuidado de la mujer. Particularmente en

Creemos que somos una pieza clave en el engranaje asistencial de la mujer. Tradicionalmente, siempre fuimos muy pocas y hasta 1980 solo mujeres. Es probable que el proceso reproductivo. ésta singularidad haya influído para configurar nuestro status.

Académicamente debemos superar un curriculum superior a la media general de El status al que nos referimos es: las licenciaturas españolas y sin embargo solo somos diplomadas.

Profesionalmente casi siempre actuamos por indicación de otros profesionales, a

Económicamente, en empleos públicos estamos muy mal retribuídas. En cuanto a pesar de tener normativa propia en materia de funciones.

la actividad privada o liberal, empezamos a sufrir las decisiones unilaterales de gerentesnegreros de alguna clínica privada que, oportunistamente se apropian del dinero de las matronas. Es decir, por cada 8 actos se quedan con 4. Es un impuesto revolucionario del

Políticamente no interesamos ni a partidos ni a sindicatos porque somos pocos. 50% de los rendimientos del trabajo. Socialmente estamos en buena posición porque hemos recuperado identidad y a las familias españolas no se les pasa por alto la tarea que desarrollamos en el cada día y cada caso.

y ahora que nos conoce, ¿no cree que merecemos algo más de lo que tenemos?.

Li Augula, Modigue

VI- CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS Y I - ENCUENTRO HISPANO-LUSO.

se celebró en Madrid el VI-Congreso Nacional...... los días 27, 28 y 29 de Noviembre - 97. El evento reunió a más de 400 matronas de toda España y un buen número de portuguesas. Más de 50 trabajos, entre ponencias, comunicaciones y posters ocuparon el espacio del Programa Científico. Material de indiscutible valor para la permanente actualización del colectivo.



Mesa Presidencial del Acto Inaugural.



Teresa Cabrera responsable de la magnifica Conferencia Inaugural.

Los cambios sociales (inmigración, legalización del aborto, parto con epidural...) han influído en el trabajo de las matronas. Así lo explicaba Dña. Teresa

Cabrera en su extraordinaria Conferencia de Apertura del VI Congreso Nacional.

El magnífico trabajo de análisis de la situación de las matronas, en relación a los cambios sociales de los últimos años, expresa una realidad indiscutible: la capacidad de adaptación histórica de las matronas a los cambios que las circunstancias y avances científicos exigen.

Recordemos el origen empírico de la profesión y el nivel de formación actual para entender mejor la gran versatilidad del colectivo a través de la historia.



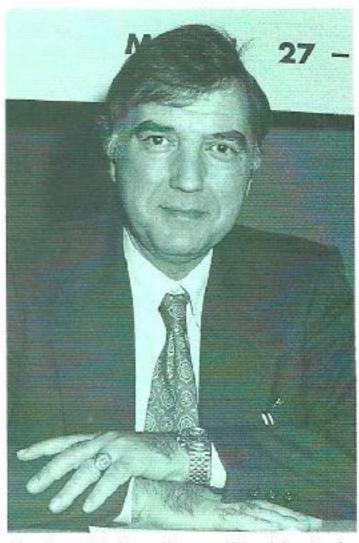
CONGRESO



Aspecto parcial de la sala de conferencias.



Recepción ofrecida por los responsables de la CAM por las Consejerías de Salud y Social en el Centro Cultural del Conde Duque.



Profesor Cabero Roura, Presidente de la S.E.G.O., asiduo en los Encuentros de Matronas convencido del importante papel de la Matrona apostando por el futuro de la Perinatología y la tarea de equipo de Obstetras y Matronas.



CONGRESO

La Preparación a la Maternidad un tema reiterado en el Congreso.

Todas las madres deberían realizar un curso de Preparación para su maternidad es la opinión generalizada de las matronas.

Lejos ya los viejos conceptos de Preparación al parto, parto sin dolor etc., las circunstancias actuales exigen un cambio. Cambio en la denominación de estos programas y tal vez cambio en los contenidos.

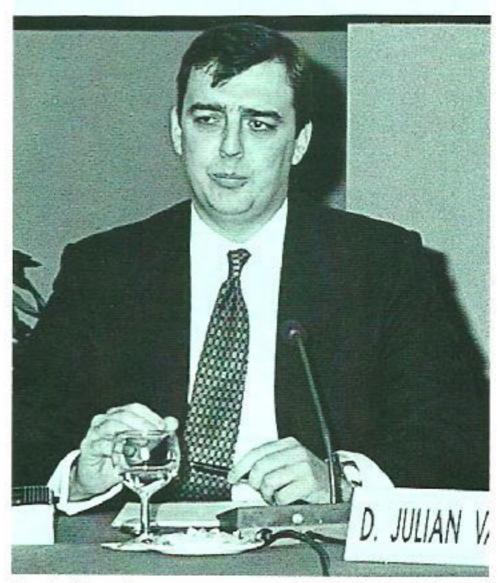
Las matronas deberían consensuar por un programa único a impartir por todas, con las salvedades propias de los grupos receptores y bajo el nombre de Preparación a la Maternidad. También deberían hacer más incapié en el puerperio y la crianza.



Dña. Rosario Sánchez impartió un tema controvertido sobre sexualidad y eyaculación femenina.

La sexualidad es un tema, desde el aspecto educativo, poco trabajado por las matronas.

Las matronas deberían implicarse más en cuestiones educativas de sexualidad. Particularmente entre grupos de adolescentes, a través de colegios, asociaciones, municipios, etc. Se presentaron algunos trabajos muy interesantes, sobre sexualidad, entre los que hay que destacar uno referido a la eyaculación femenina que mantiene la controversia.



 D. Julián Varcárcel. Abogado especialista en Responsabilidad Civil.

Las matronas españolas, a diferencia de otras de los países miembros de la U.E, todavía no están desarrollando las actividades que les confiere la Directiva 155 / 80 CE.

Las matronas españolas sufren las consecuencias de la ignorancia de algunos gestores y obstetras que les impide realizar algunas actividades o programas de salud de la mujer, incluso se ha llegado a mencionar el intrusismo.

Estos hechos son intolerables y las administraciones CCAA deberían tomar cartas en el asunto. Un ejemplo es la situación de las matronas de A.P. de Las Palmas, denunciado por una ponente canaria.

Algunos piensan que las matronas no están capacitadas para controlar un embarazo normal y sí lo están para atender todo el proceso del parto, sobretodo de noche.

Extraña manera de apreciar las capacidades y desde luego una transgresión de la legalidad vigente en materia de funciones de las matronas.

La anestesia epidural es un instrumento de ayuda al parto doloroso que debe ser accesible para todas las mujeres que lo necesiten. En ningún caso se debería utilizar por otras razones.

La anestesia epidural debería administrarse con criterios diferentes, dijo la Presidenta de la Asociación Nacional de Matronas.

En la actualidad se viene aplicando, a veces, en circunstancias discutibles, por ejemplo a mujeres



que no han sido informadas de ventajas y riesgos, a

mujeres en período expulsivo ...

Es responsabilidad de los profesionales informar ampliamente a las mujeres para que decidan de manera consciente si quieren este tipo de anestesia. No resulta serio que lo estén decidiendo, en muchos casos en la peluquería, por consejo de una amiga. Tampoco resulta serio el hecho de que se esté utilizando ya como instrumento político y no

I Encuentro Hispano-Luso
Madrid 27 - 28 y 19 de Naviembre de 1997

De CANSMAN ICAS
LUST A LINEATE

El Dr. Christian Loisel habló de la importancia de la recuperación integral del postparto.

se dote a los hospitales con la plantilla necesaria de anestesiólogos y solo se aplique esta técnica en turno de mañanas. ¡Cómo si el dolor conociera turnos!.

A propósito de plantillas, también pretenden utilizar a las matronas para cubrir el objetivo disparatado de "epidural para todas". La dinámica sería esta: el anestesiólogo realiza la punción, fija el cateter y administra la 1ª dosis. Luego desaparece y la matrona se ocupa del resto hasta que termine el parto.

Esta pretensión, irresponsable y temeraria es la del hospital de Sondureta de Palma de Mallorca, de su

gerente.

La anestesia epidural es un acto médico, desde que se inicia hasta que concluye y solo puede realizarlo el médico especialista.

En ningún caso debe delegar en la matrona bajo el criterio de "administrar por prescipción facultativa" por las mismas razones que el obstetra no nos ordena realizar una cesarea. No es competencia de matrona ni hacer cesareas ni poner anestesias locorregionales y generales.



Dña. María
Marcos y Dña
Carmen
García-Urías
(de izq. a
drcha.),
Vicepresident
y Secretaria
ejecutiva de l
Asociación
Nacional,
durante el
Acto de
Apertura.

CONGRESO

El ánimo de lucro de algunas clínicas privadas altera un mercado de trabajo que, representa la actividad de la atención de 126.000 partos privados.

La connivencia entre clínicas y algunos seguros médicos reduce los honorarios de las matronas afectadas en un 50%.

Si existe alguna profesión genuinamente liberal es la de matrona. Tradicionalmente la matrona ha trabajado de esta forma, hasta que, con la creación de los distintos sistemas de salud públicos empezó a trabajar para terceros.

Actualmente, el 97% de las matronas trabajan para el Sistema Público, solo un 3% exclusivamente privado y 20% compatibilizan lo público con lo privado.

En cualquier caso son relaciones definidas y tipificadas en el ámbito del trabajo. Sin embargo, con la situación nueva, que plantean la clínica Nuevo Parque de Madrid y alguna Sociedad la relación de trabajo entre las partes implicadas se desvirtua absolutamente. Se trabaja bajo el epígrafe de liberal pero no se cobra por acto. Se trabaja desde la dependencia laboral pero niegan su existencia.

Lo único claro es que se ha levantado la veda para la "caza de brujas" por el único delito de trabajar y obtener unos modestos rendimientos.

Es muy grave que suceda esto en un estado de derecho, pero es más grave que un colectivo tan reducido y clave para la atención obstétrica se vea en esta situación y permanezca impasible, porque "no le ha tocado", todavía.



La Presidenta de la Asociación Nacional denuncia el trato "negrero" de la Clínica Nuevo Parque de Madrid a las Matronas.



Dña. María Marcos y D. Simón Viñals durante el Acto de Clausura.





Mesa Presidencial de Clausura.

CONCLUSIONES DEL VI CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS (I ENCUENTRO HISPANO-LUSO)

- Las Matronas deben ser un miembro imprescindible de los equipos que desarrollen programas de salud para la mujer.
- Las Matronas deberían participar mucho más en el ámbito de la gestión de recursos materiales y humanos en establecimientos sanitarios y en las Administraciones.
- 3. Apoyamos a la mujer para que pueda decidir dónde y cómo desee parir, cuando las condiciones permitan elección.
- 4. Exigimos de la Administración que disponga de recursos, de todo tipo, que asegure la calidad de la formación de las futuras Matronas, particularmente la incentivación de las profesionales que participan en cada unidad docente, tanto en las enseñanzas clínicas como teóricas.
- 5. Denunciamos la situación de las Matronas que, como en Gran Canaria, en Atención Primaria, no se les permita desarrollar su papel de agentes de salud para ocuparse de los programas de la mujer, bajo su propia responsabilidad.
- 6. Rechazamos rotundamente la nueva política de gestión de honorarios por acto de Matrona que Sanitas S.A. y otras, pretenden imponer en connivencia con algunas Clínicas Privadas. La medida modifica sustancialmente las condiciones de esta actividad liberal, en lo económico con una pérdida del poder adquisitivo de un 50% y en lo profesional un trato discriminatorio con el resto de profesionales que mantienen este tipo de relación contractual, con los pacientes o con las compañías aseguradoras.



RIBUNA SANITAR

Ganzalo Robles, Delegado del Gobierno en el Plan Nacional sobre Drogas

La Enfermería, vital en la lucha contra la drogadicción

El Perlegado del Gormania in al les de Referenceires la periodició de Referenceiras de les Berles integranda de Company ago degas el Cologia de Fonteserra de Seble con "resperso en al momenta."

en colaboración con la Agencia decendo para incomo mos recursos - Antidingas de la Fontomodol de poces un major esfectos para haces Madrid de est acto deviane el pages, esta entre policione de la processor de processor de processor de processor de la filia de la processor de processor de la filia de la processor de processor de la filia de la del filia de la filia de la filia del filia de la filia del filia de la filia de la filia de la filia de la filia d



Ulceras por Presión Guia de *suidados* enfermeros

Programa de Atención a la Mujer con Concer Una encuesta para conocerlo mejor

VI Congreso Nacional de Matronas

Más fuertes que nunca



Lis Matrous velebraren ja VI Congrassi Vacored of que sentanen más de 500 profes-mando no solo so Profesión sero qui postara abilityante para solocioner los profesios que

En el ispecto professotal, consideras la asses.

testa apichiral comes no resonancero reto de arrida para el guno La acesaria a prisherel es un acta múdico que requiere la presencia del abiolóxicologo de súe que se meca, hasta que concluso. No se prode difegar en la marcona el segumiento de la mocasia, (Pag., 1)

VI Congreso Nacional de Matronas

Más fuertes que nunca



Lie alias 27, 28 s 29 de noviembro se cataliza el VI Congreso Nacional de Marconas a I Facucatro Hopano-Luon, en Madrid. El evento congregio a cerca de 500 Martonas procedentes de lostas las Comunidades.

oto betaga las Commendades.

Antioromas que, considerando el coincero tatal de Matronas en España, es una partiripación ultidara.

El Acto de Apertiras lo presidio, en mentre del Ministro de Samidal, el Directo General del Instituto Carlos.

III. que rocaso al Ministro que se

de salud para la mujer

Las matronas deben ser un miembro imprescindible de los equipos que desarrollen programas

encentralia reunido cas mativo del asanto "medicamentaza". Un total de 52 trabajadores, essev ponencias y contuminaciones, y IK ponters ocuparon el espacio científico de la reunias. En el programa social del congresa

hay que destacar la recepción que ofrerio el Gobierno de la CC. A.A. es Madrid, a tenvés de la Consejuria de Salud y Dirección Cameral de la Major en el magnifica marco del cuartel Conde Doque.



En cuesto e la participación de les Matereus portu-guesas, obedese a un propoto de irrestratibio que se tricia con ecte Il Encocatro que tendrá un II, a corto plazo, el principio, año en Linhoa. Dwcho neuerdo se celubrara encicliendo pon la Espo 98

La profesión, dostro del migrato lbdrien, tiene mu chos pumos el común para discottir, peru intercumbiar. para consensuar.. En coalpartido es la binqueda de la unisdud des les estados do

la magnifica Conferencia de Apertura e cargo de Dita Adaptación del trabajo de Macronas a los cambina

En dicha intervención ensistable come had influe tal la semigración, lo legalización del abomo, la officeción de la anestesia epoteral. la casi generali-talla "mediculización del

algunos trabajos petacematina con la secualidad, que demucorum un asando decidido; responsable y entrenada. per el papel de adacadora-que los Matoras deben oprceros ese árbio, punicular-

Otto temo que do lugar a prias Contunidaciones (ne la Preparación a la Matemidad que, sor mán catábios que hayan saltido la metodología do estos prograntas. In esenría de los mismos se nuntie-ne y mejora. Proprior a las

También se presentante

nueva politica de gestión de honorarios par acto de matronas que las compañias aseguradoras pretenden imponer en connivencia con algunas clinicas

Rechazan la

genes gans vivie sa pana feliemente y sa materiklat de trea munera consciente.

privadas

ANESTESIA EMDURAL

"La anedesia epidural es un instrumento más de ayuda para el porte, pere to deberismes dejar que la mnier decida ponérsala en ana comercación de 'pelo-quería'. Debentos asemir

profesional de adocadares : dor a las mujeres toda la información sobre sentajas sincontrolled para que decida con sufficiente crite-rio", dije M. Angeles Rodri-gare Bornica, en la Mesal Redunda que compartal con los Profesores De la Facta. Cabro Rossa, Bejo Arenas y doma de los Mesas.

Alvano Reas, Bajo frens y Alvano de los Hejes. En esta vesida, fajlo el Hidlo ", fis protife un cam-bio en la oriotación actual de la atención obsatrica?". Tay enestiones que suscrite ron Mayor polémica factor algunos que se relociercan con Recontendaciones de la Soli informentaciones de la OMS y que también tienea curta itéadendu en ciertan hacines usuales. Por ejem-plos, Por que se utiliza la octivisma indiscriminada-mente", per que traisas cesariess?, Por que epísica-tura description? Il tiutoma sistemines", y "Par que tanto misdo a las demento de Responsabila-dad Cos 4"

La anestesia epidural es un acto médico que requie-re la presencia del anestesiólego desde que se inicia. liasta que concluya. No se perde delegar en la Marratta el seguireiento de dicha-

ocupo a muchas Matturas





CONCLUSIONES

equipas que desarrolles programas de salad para la reuje

Los Materinas deberion porticipar muchor mos en el ámbito de la gestida de recursos moternoles y hymonogram establecimientos sonitarios y en los Administraciones

Apoyomos, o la mujer para que puedo decipir dánde y some.

hum parin ovando los candiciones permitos elección

Degimes de la Administración que disparqui de recursos, de tude lujos, que conques la calidad de la formación de los folyess Agranicos, portrollamente la insentivación de los profesionales que por la porvien des ocusivado Decembronios en los excelentas climato como teóricas.

Denunciones la séusción de las Mahanas que, opera en Oran Canario, en Afunción Primario, no se los permite describlos se aparel de agentes de salud para couparde de los propiranos de la mujer, bejo se propira responsibilidad.

Representant volundamente, la sueva política de gestión de horacomos por acto de Matrama que benida, 5.4, y orno pretandes imponer en comvencia con algunas. Dinaca: Privades, La residida most los substraciolmentes los condiciones de osta potividad liberall, en la económica cas una péridida del paties algunistre de un \$100 y en la profesionad an approvia comproprisso con el sedo de profesionades que transforme este specifica de resissales.

eminindeal, con los popientes o con les compañías criegoradores. A tel efecto se prepara pli ego de firmas para emicro a dichas empresos, advirtiendo que las Matronos espoñellos na romas a relesar este arropello.

preumden obligades e diosch-

Strengthal Espanish de Citaaslogia y Otezancia). Prote-sor D. Luis Cabrero Roma premaió la remounación del es de Cinecologos Marorus se tomorás medcan bechus de esta muscendirecto que las Matronos se curtalarcan en Ancidescolo gua con la única postalicación de "aumplumento de orden sabilidades que no les corresponden y cavardo una situación de intrasismo que, duatido se complican las conduct how any companion ante et Juez, seria may difficil de justificar

ALTERAR EL MERCADO

Algunos seguros médicos Continu protendes alterar

cebre por acto.

Bajo el título de "El ejens-cio libro de la profesión en stracción de alto riengo", se consunicó el imminente pos-bletta de alteración de es-e merciale de trabajo para las Matrons. Históricamento, desde que

el mercado de trabajo libe-rol de las Matronas de

empezaron a proliferar Seguros Médicos, la Maro-na es ritro de los profesiona-Her que forman los "cea-dros" de dichas empresos de servicios de salad. Con sus роріов Інгенто о дівсіно

Los profesionales prestan sus servicios que posterom-mente facturan a la computifa aseparadora con los procum accolatio previamente. Abo-ra de "complicidad" co a alganos elleicas sus Madrid Cimica Nievo Parque) pre-tendon pagor a in clínica el trabajo da las matronos. Situacido o loramo se abusiva. por parte de la clinica porque MARIE COURT MODERNIA

pirecitora El resumen es éste: las Matteness seguirán trabutaride trajo el ratemo epigrafia fiscal y profesional pero las clinicas que accien así se gredor con el 50% de sus ingresos, creando una situacuita de mendo-empleo si a regurdad social, sin sucasio made. Con todo el respetaper quienes acepten trabajor en esus condiciones, resumciondo a las anteriores, no debetian aceptar este hatro-pello". Esto afecta a todo el collectivo y hace desaparecer a les Motiones de un mesca do de trabajo liberal, para el

farant. Ponotto parte el reintero de Militario en España es escoso. Todavia se guede como-lar las concliciones de trabaja de en colectivo que no sene perory of pharenephon.



12

matronas hoy



LOS CONSEJOS DE TU MATRONA

LA PUBLICACIÓN DE RECUERDO ESPONTÁNEO MÁS ELEVADO ENTRE TODAS LAS REVISTAS Y PUBLICACIO-NES DEL SECTOR.

Según un estudio de mercado realizado por DEMOSCOPIA en 1997 encargado por la empresa Present Service donde se observaba la eficacia del estuche Chiquitín, "Los Consejos" publicación que recibe el 82% de las mujeres embarazadas, era la más recordada a nivel espontáneo.

A continuación se exponen los datos técnicos y los resultados más destacables de tal estudio.

Características del estudio

El estudio es de tipo aleatorio, con un total de 992 entrevistas telefónicas realizadas y distribuidas de la forma siguiente:

Madrid	356
Barcelona	415
Valencia	108
Resto del país	113

Error máximo de muestreo:

Al 95% de probabilidades, suponiendo una distribución aleatoria pura en la que p=q=50

	Receptoras de Chiquitín	Muestra testigo
Entrevistas	697	295
Total	±3,8%	±5,8%

La muestra estaba compuesta por una muestra testigo de 295 madres que no recibían el estuche Chiquitín durante su embarazo. Y una muestra de 697 que recibieron el estuche dos meses antes de ser entrevistadas.

ASOCIACIÓN INFORMA

Tratamientos estadísticos.

Se realizó un tratamiento convencional de cruce de la información por las principales variables de clasificación.

Principales resultados.

 Sobre la recepción de publicaciones relacionadas con el embarazo se obtuvieron los siguientes datos

P. 86. Durante el embarazo ¿recibió Vd. alguna publicación relacionada con el mismo?		
Base total: 992	%	
SI	42.7	
NO	56.8	
NS/NC	0.8	

2. A quienes recordaban haber recibido publicaciones sobre el embarazo se les preguntó por cúales había recibido. Como puede verse en los cuadros siguientes, Los Consejos de Tu Matrona tiene una notoriedad espontánea y sugerida significativamente superior al resto de publicaciones (67,9% entre quienes han recibido alguna publicación o el 29% de la muestra total)

Base:Recibió alguna publicación 424	Espontáneo %	Sugerido %	Total %
Los Consejos	30.9	37.0	67.9
Mi Bebé y Yo	17.9	35.8	53.8
Enhorabuena	9.0	33.1	42.1

 Aproximadamente en las tres cuartas partes de los casos, Los Consejos de tu Matrona fue entregado por la matrona

P. 89. ¿Quién le entregó esta publicación?		
Base:recibió los Consejos. 289	%	
El Ginecólogo	5.6	
La matrona	77.4	
En el Centro de Preparación	15.6	
NS/SC	1.4	

4. Más de la mitad de las entrevistadas recibió la publicación antes del 7º mes de embarazo y casi la totalidad de las receptoras opinaron que Los Consejos es una publicación entretenida, útil y/o necesaria.

Base: Receptoras. 289	%
Entretenida	97.2
Util	99.0
Necesaria	87.5

Otros calificativos espontáneos declarados por casi la mitad de las entrevistadas fueron: interesante, clara, fácil de comprender, completa e informativa.

Conclusiones.

Teniendo en cuenta que las entrevistadas habían recibido más de una publicación, que la fecha de recepción se produce tres meses antes que la entrevista, y que no se trata de una publicación periódica, LOS CONSEJOS DE TU MATRONA aparece como la publicación con el mejor índice de recuerdo tanto a nivel espontáneo como sugerido.

Según el perfil de las lectoras, quienes recuerdan Los Consejos con más frecuencia son las madres primerizas y las embarazadas entre 30 y 34 año de edad.

Finalmente, la valoración que realizan las personas que recuerdan haberla recibido es muy positiva y casi la totalidad de las mismas está de acuerdo con que es una publicación "entretanida", "util" y "necesaria".

MÁS DE 2.200 MATRONAS EN 1.800 PUNTOS DE DISTRIBUCIÓN AMBULATORIOS, CENTROS DE SALUD Y CENTROS DE PREPARACIÓN AL PARTO REPARTEN REGULARMENTE LOS CONSEJOS DE TU MATRONA. DESDE LA PRIMERA EDICIÓN EN MARZO DE 1995 SE HAN REALIZADO DIEZ EDICIONES CUATRIMESTRALES CONTANDO CON UNA MEDIA DE 93.000 GUIAS EN CADA UNA. ! ENHORABUENA! DURANTE ESTE AÑO SERÁ ENTREGADA LA GUIA 1.000.000. TODO UN RECORD PARA NUESTRO COLEC-TIVO Y PARA LA MUJER ENBARAZADA.



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

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

	C.P
	PROVINCIA
TLF/FAX	D.N.I
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENT	го
CENTRO DE TRABAJO	
Nº DE COLEGIADA	
OBSERVACIONES	
ORDEN	N DE DOMICILIACIÓN
TITIHAR	D.N.I.
	D.N.I
ENTIDAD/BANCO	
ENTIDAD/BANCO DOMICILIO DEL BANCO	

Sr. Director:

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

Atentamente,

Fecha y firma.



LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO ENJUICIAN LA PRAXIS DEL ASISTENTE OBSTETRICO

Autor: Asunción Lopéz - Saez y Lopez de Teruel (Matrona. Licenciada en Derecho)

Hospital General Basico Motril (Granada)

Palabras clave: Medicina defensiva. Responsabilidad civil-penal. Demandas

a preocupación por la responsabilidad civil y penal está creciendo en la misma medida en que están aumentando el número de demandas contra profesionales sanitarios.

Los asistentes Obstétricos (Matronos/as) deben estar informados y formados sobre las implicaciones legales que sus conductas puedan tener, ya que a través de los repertorios Jurisprudenciales vemos como hay un número cada vez más abundante de sentencias en las que estos se ven afectados.

À través del análisis de un caso/demanda se estudia: a) Cómo puede verse involucrado el asistente obstétrico, directa ó indirectamente, en un proceso judicial; b) Cómo enjuician los pacientes sus actuaciones profesionales; c) Cúal es el grado de responsabilidad del asistente obstétrico. El objetivo es sugerir algunas medidas de control, defensa y protección ante la eventualidad de posibles sentencias condenatorias.

INTRODUCCIÓN

Los errores son inevitables, incluso en un sistema con los más altos controles de calidad como el nuestro.

Venimos realizando, en la vigilancia y asistencia del embarazo, parto y puerperio una actividad científica de alto nivel tecnológico, por lo que día a día corremos el riesgo de menoscabar ó lesionar el derecho al honor, la libertad... e incluso la salud de la mujer y de su futuro bijo

La Sociedad y el Estado se han dotado de una serie de mecanismos legales para cuando estos supuestos se produzcan, pudiendo de esta forma reparar a los ciudadanos, este aumento de la litigiosidad es fruto de múltiples factores, cada vez más presentes en la conciencia social, no creo exagerado decir que ésta tenderá a crecer en un futuro inmediato, por haberse producido cambios importantes en la actitud de los usuarios de la Sanidad en relación con temas como el trato prestado, la calidad de los servicios, la masificacion, la información... y en algo tan importante como ha sido la pérdida de confianza en la relación sanitario-paciente.

Son muchos los que reclaman JUSTICIA buscando en los Jueces decisiones de caracter compensatorio.

CASO/DEMANDA

"La señora E.P.R. se halla en estado de gestación de su primer hijo, habiendo cumplido las nueve faltas desde hacía diez dias. El día X a las 6 horas de la mañana, después de haber estado con pérdidas sanguíneas durante toda la noche y empezando a sentir dolores, se trasladó al ambulatorio, siendo atendida por una Comadrona, quien la derivó al Hospital.

La visitó un doctor que le dijo QUE ESTABA DE PARTO ya que había dilatado tres centímetros, y ordenó su ingreso. Al poco tiempo se presentó otra persona que le dijo que NO ESTABA DE PARTO y que la enviarían a casa probablemente al día siguiente. La paciente fué trasladada a una habitación.

Hacia las dos de la madrugada, ante fortísimos dolores prácticamente continuos la paciente avisó a la Comadrona, ésta la reconoció y le aplicó en el vientre una trompeta haciendole el siguiente comentario: "ESTO VA PARA LARGO".

A las cuatro de la madrugada, viendo el esposo que además de sangre perdía un LIQUIDO VERDE volvió a requerir la presencia de la Comadrona, la cual dijo que no pariría hasta la mañana.

A las siete horas fué trasladada a la Sala de Partos.

Tras una exploración fué informada ella y su marido de que el parto no se presentaba bien siendo necesaria una Cesárea. Recuerda la paciente que dejó de SENTIR a su hija y que lo refirió al médico; le pusieron un aparato en el vientre y le dijeron "NO SE OYE PERO ES QUE EL APARATO ESTA ESTROPEADO". A los 10 minutos de practicarle la Cesárea la niña recién nacida fué trasladada al servicio de pediatría del hospital donde se le diagnosticó: DEPRESIÓN NEUROLOGICA GRAVE Y PARO RESPIRATORIO. La nña falleció.

A pesar de ser profanos en ciencia médica, la impresión de la paciente y su esposo fué que NO SE LE PRACTICÓ LA CESÁREA EN EL MOMENTO



SECCIÓN CIENTIFICA

OPORTUNO Y SU HIJA FALLECIÓ, ya que presentaba una circular de cordón al cuello.

DISCUSIÓN

La reclamante en esta demanda estableció que la asistencia en su parto había sido incorrecta.

Sabemos que aunque se trate de un proceso natural, el parto no está exento de riesgos tanto para la madre como para el feto, sabemos que la asistencia médica tiene por objeto prevenir y evitar dichos riesgos.

Si enjuiciasemos estas conductas nos preguntaríamos si la asistencia realizada durante el parto entró dentro de los parámetros correctos : una valoración médico-legal determinó que no se había actuado dentro de los parámetros de la normopraxis médica.

¿ Los controles realizados fueron los adecuados a las necesidades del seguimiento ?. ¿ Se agotaron todas las posibilidades de tratamento y prevención ?. ¿ Se finalizó de forma correcta el parto ?. ¿ Se dió una relación directa causa-efecto entre la conducta seguida por el equipo sanitario y la hipoxia fetal, siendo como es la aparición de anoxia durante el parto un hecho posible pero inevitable ?. ¿ Se detectó omisión por parte de algún miembro del equipo que la atendió ?. ¿ Se dió mala praxis, negligencia, falta de atención ?.

Todas estas preguntas y otras mucho menos generales constituirán el objeto de cualquier proceso, siendo determinantes en las conclusiones.

CONCLUSIÓN

Los jueces se encuentran con un grave problema a la hora de establecer la responsabilidad de los sanitarios; enjuiciar conductas plantea múltiples problemas: cómo van a analizarlas, cómo probarlas, cómo valorar las lesiones, qué indemnizaciónes fijar... por ello la proporción de sentencias condenatorias en comparación con el número total de

Sin embargo ante este aumento alarmante de demandas y como miembros de equipos de salud con funciones no sólo dependientes sino tam-

reclamaciones es bajo.

bién independientes deberíamos hablar de una serie de puntos básicos como son:

- Establecer las funciones asignadas a cada miembro del equipo.
- Conocer qué conductas llevan aparejadas sanciones.
- Cuales son los derechos de los pacientes y cuales los nuestros.
- La importancia que hoy en día tienen los Registros de enfermería: el papeleo que nace con la sana intención de dejar constancia de nuestras actividades va a constituir un buen medio de prueba para los jueces ante juicios de responsabilidad. En ellos queda reflejada toda la información actualizada día a día y hora tras hora, información que si es clara y veraz, servirá para tomar constancia del hecho a juzgar; nuestros registros de enfermería son pues documentos de prueba por lo que hay que cumplimentarlos adecuadamente, revisarlos periodicamente y renovarlos, anotando en ellos cuantas actuaciones, necesidades y observaciones realicemos y percibamos, sólo así dejando constancia de nuestro trabajo estableceremos de antemano medidas defensivas; ya que la parte demandante recogerá toda la documentación posible de ellos.
- Hablar de la necesidad actual de contar con pólizas de responsabilidad civil, el aumento de reclamaciones tendentes a hacer efectivo el derecho de resarcimiento de daños y perjuicios busca como solución más imparcial la vía del seguro. Aunque la Administración Sanitaria asumiría la responsabilidad civil subsidiaria en los procesos penales, resulta sin embargo necesario cubrir por medio de seguros privados nuestra responsabilidad patrimonial si la hubiese....
- En último lugar y para concluir, informamos de que hoy cada vez más nuestras instituciones tienden a realizar una MEDICINA DEFENSIVA en la que nos veremos envueltos y en la que participaremos, por lo que para aumentar nuestra protección como profesionales deberemos modificar e implantar en nuestro quehacer diario pautas más conservadoras y enfocadas a cubrir nuestras actuaciones.
- No ocultar información, hacerla suficiente y comprensible, darla con cautela para no generar alarma. Es frecuente que en el origen de procesos por mala praxis médica, exista una percepción subjetiva de desatención, generalmente debida a una deficiente comunicación entre el Servicio Sanitario, el Paciente y sus Familiares.



¿ QUE EXPRESÓ LA SENTENCIA?

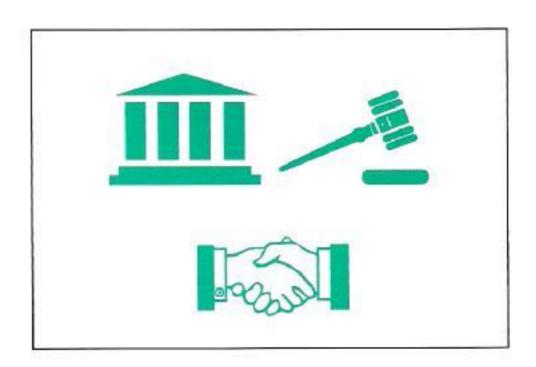
Se encontró relación causa-efecto entre la prestación y el fallecimiento de la niña, la asistencia fué defectuosa. De la historia clínica de la niña no se desprende la existencia de lesión alguna en la misma a la que pudiera atribuirse su muerte pero cabe destacar que a los efectos de nuestra exposición es importante el hecho de que una mujer acuda a un hospital y sufra este tipo de desatención hasta el punto de pasar toda la noche con dolores no tomándose las medidas pertinentes respecto a la presencia de aguas teñidas. Por ello se consideró la petición de indemnización, dandose por ESTIMADA LA DEMANDA.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Martinez Martin D.Medicina Defensiva y Responsabilidad Civil. Ponencia presentada a XI Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. ¿De paciente a cliente?. El ciudadano y la calidad de los servicios sanitarios. Granada. Octubre 1994.
- Bergersom ST. Los aspectos legales de los registros de enfermería. Revista Nursing. Nov.1988.
- Gutierrez G. Aspectos legales de los registros de enfermería. Enfermería Clínica. 1993 Enero-Febrero.
- 4.- Manuel Amezcua. La calidad en la documentación clínica de enfermería. Del papeleo a los registros para el ciudadano. Revisión Revista Index de Enfermería. Año 4 n.11 1995.
- 5.- Granados Cuevas M. La responsabilidad del profesional sanitario derivada de conductas imprudentes o negligentes con ocasión del ejercicio profesional. Revista Garnata 91. nº 7 Diciembre 1994.
- 6.- Martinez Pereda J,M. Los medicos en el banquillo de los acusados. La responsabilidad penal de los sanitarios. Ponencia presentada a X Jornadas de Salud y Administración Sanitarias. Granada 1993.
- 7.- Jornet J. La Jurisdicción Social 1. ¿Una solución para las demandas de los pacientes?. Ancora S.A. 1995. Cap.2, 5.pag.
- Juzgado de lo Social de los de Barcelona.
 Actuaciones nº 225/92.

- 9.- Fernandez Hierro. La responsabilidad civil en el ámbito sanitario. Ed. Aranzadi. Pamplona. 1984.
- 10.- Jornet J. Posibles soluciones para el problema de la mal praxis médica. Ed. Ancora. Barcelona 1994.
- Ley General de la Seguridad Social, artículo 23.1
 y 88.
- 12.- Barber, H. The malpractice crisis in obstetrics and gynecology: is there a solution?. Bull. N. Y. Acad. med. 1991, 67:172.
- 13.- Malicier. La responsabilité mèdical hospitalière. Etude pritant sur 600 hôpitaux publics. J. Med. Leg. Droit Medical. 1989; 29.267-274.
- 14.- Tiefart-Froge, MP. De l'interet de l'assurance du médecin hospitalier. Journal de Med. Leg. Droit med. 1989; 32.305-310.
- De Angel, R. La responsabilidad civil. 1993. Ed. Civitas. Madrid.
- 16.- Hiatt, H, H. A study of medical injury and medical malpractice: an overview. N. Engl. J. Med. 1989; 321:480-4.

Autor para correspondencia: Asunción Lopez-Saez y Lopez de Teruel C/ Jorge Luis Borges nº 2 Motril (Granada) 18600. España.



LA MUJER Y SU DESEO: REFLEXIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOTERAPEUTICAS

Autores: José Manuel García Arroyo, Mª José Espinaco Garrido, José Román Oliver.

Centro: Asociación Sexológica Sevillana.

"Comunicación presentada en el VI Congreso Nacional de Matronas, I Encuentro Hispano-Luso".

Madrid, 27, 28 y 29 de Noviembre de 1.997.

RESUMEN

En la presente comunicación hemos intentado desvelar cómo la mujer maneja su propio deseo (ya en su intimidad, ya actuando), para ello se han utilizado múltiples historias clínicas de psicoterapia realizadas a mujeres que consultaron por deferentes problemas (MATERIAL Y MÉTODOS). El hecho de utilizar historias clínicas tiene una base importante en:

- Que es en la consulta donde verdaderamente las personas pueden desvelar su intimidad. Desapareciendo la "Mascara Social", que todos utilizamos.
- 2. En nuestros consultorios se presentan muchos casos diferentes. Con lo que es posible estudiar muchas formas diferenciadas de vivencias y de conductas que en un segundo tiempo pueden ser agrupadas según sus elementos comunes.

De este estudio se desprendió una especie de "tipología" del manejo del deseo femenino, algunos con cierto grado de patología.

RESULTADOS: Son los siguientes grupos:

- a) Mujeres negadoras.
- b) Mujeres combativas.
- c) Mujeres que presentaron dificultades
- d) Mujeres utilizadoras.
- e) Mujeres idealizadoras.
- f) Mujeres integradoras y/o disociadoras.

CONCLUSIONES: Finalmente concluimos que:

- Que hemos demostrado la existencia de distintas formas de actuación frente al deseo por parte de la mujer.
- Que no todas estas formas de actuación son adecuadas o se encuentran exentas de problemas
- 3.- Que en los casos en los que se plantea problemas, la ayuda psicoterapeutica se reveló fundamental(aunque la mujer no acuda a consultar y/o no lo vea necesario), pues la psicoterapia posibilita a la

mujer una autocomprensión, necesaria para manejar mejor o más adecuadamente su deseo, viviendo ahora aspectos que eran difíciles para ella de una manera menos angustiosa y/o menos defensiva.

INTRODUCCIÓN

En la presente comunicación vamos a tratar de discernir lo referente al deseo de la mujer y cómo este último puede manifestarse de distintas maneras dependiendo de que mujer se trate y del momento que viva.

En los animales la sexualidad se manifiesta como instinto, predeterminado genéticamente y repetitivo en lo relativo a su presentación; sin embargo, en el hombre no se manifiesta del mismo modo pues una importante diferencia entre hombre y animal se encuentra en que en aquel aparece una historia, tanto colectiva, que es lo que domina la "Cultura", como individual, que es la "Biografía". Freud, imbuido por estas diferencias, supo acertadamente diferenciar entre "Instinckt" (Instinto) para referirse a los animales, y "trieb" (pulsión) para aludir al humano.

Dado que el hombre no es únicamente organismo, como el animal, sino que también tiene una historia, ocurrirán una serie de consecuencias clave:

- 1.- Aparece un espacio interior en el que se vive la sexualidad, la subjetividad, en el que aparece la manifestación interna de su sexualidad: el deseo.
- 2.- Se sucederán necesariamente grados de libertad, ya que puede manejar su sexualidad de diferentes modos; actuaría en la realidad, solamente en la fantasía, hablar de ella, negarla, etc. Cada cual tiene un modo de vivir la sexualidad y pueden existir tantos modos de vivirla como personas. Cada cual es irrepetible, podríamos decir, pero aún a pesar de ello podemos afirmar que existen modos comunes, una especie de tipología de acuerdo con tal manejo. Es precisamente esto de lo que hablaremos aquí, pero referido a la mujer, por lo tanto nuestro objetivo es abordar esta especie de "Tipología de lo femenino"

Los resultados que aquí se presentan están tomados básicamente de muchas historias clínicas de mujeres sometidas a tratamientos psicoterapeuticos, eso nos indica que el método de abordaje es eminentemente cínico. La psicoterapia implica un acceso a la intimidad personal que difícilmente puede obtenerse de otra manera, habida cuenta de la cantidad de máscaras sociales que existen, hay una especie de resistencia tanto en mirar en la intimidad como en expresar lo que dentro de ella acontece, aspecto que no es nuevo, sino que se encuentra a lo largo de toda la historia. Así Aristóteles, en su "Etica a Nicomaco", afirma que "el hombre debe abstenerse de todo parloteo acerca de los demás y de sí mismo". Nuestra labor aquí será, por consiguiente, una actuación cotracorriente, pues el deseo es algo muy íntimo y raramente se confiesa al exterior, todos intentan ocultarlo, eso hace que socialmente sea muy difícil o imposible conocer al otro debido a la máscara que procura ocultar el deseo. De hecho, el término "Personalidad" viene de la palabra "Prosopón" que significa "Máscara", aludiendo a la máscara que llevaban los actores cuando en la época clásica salían a escena. Por eso, en nuestras consultas se encuentra el lugar en el que la máscara desaparece tarde o temprano y es el lugar en que mejor se puede conocer al sujeto; en este sentido el que viene a la consulta se encuentra siempre en un conflicto: el deseo de resolver su problema y la vergüenza a desvelar su intimidad para poder así curarse.

FORMAS DE MANIFESTARSE EL DESEO.



Partimos de un principio que es el siguiente: "no puede existir la asexualidad" (no existe la no sexualidad). La sexualidad es una ley de la vida y siempre existe, aún a pesar de que el sujeto niegue tenerla. Si actúa así se está engañando a si mismo. Vamos a presentar seguidamente distintas posibilidades de manejo del deseo femenino, si hará mediante la enunciación de las frases que cada mujer "pronuncia" con su conducta, aunque no lo diga o tarde tiempo (en la consulta) en decirlo:

- Mujeres que niegan su sexualidad. Con dos variantes.
- 1.1. "Yo no tengo sexualidad". Son mujeres que llamamos "Negadoras" y que se lo llegan a creer, En general son personas incapaces de disfrutar, quiere decir que no es consienten pasarlo bien con nada. La consecuencia lógica sería dedicarse más bien al trabajo o a labores domésticas.
- 1.2. "Todos los hombres me acosan sexualmente, no me dejan vivir, yo soy la pobre víctima". En estos casos la mujer pone en los otros, por lo general los hombres, sus impulsos eróticos, aunque sin darse cuenta actúa sexualmente, pues realizan actos de seducción con tal de atraerlos. Tampoco estas féminas reconocen sus deseos eróticos

Casi todas las mujeres tienen algo de esto que se expresa en este primer apartado, pues la mujer en general se coloca más en el papel de "Objeto de deseo (del hombre) que como "Sujeto deseante".

- 2.- Mujeres que rechazan o combaten la sexualidad. En estos casos no sólo la niegan, sino que además luchan contra ella, allá donde la vean aparecer. Dos posibilidades:
- 2.1. "El sexo es algo bajo y poco interesante, yo gasto mis energías en otras cosas que son mejores". Hay como se ve en esta frase un claro rechazo y desplazan sus energías hacia otras tareas.
- 2.2."No sólo el sexo no es aconsejable, sino que hay que combatirlo porque a través de él se pierden muchas personas buenas. Solo se debe hacer para que continúe la especie y porque no hay más remedio". Estas mujeres suelen incluso hacer una especie de apostolado en contra de la sexualidad, suelen tener escrúpulos religiosos y realizan una igualdad en la actualidad no permitida: SEXUALIDAD = REPRODUCCIÓN; decimos "No Permitida" porque la pareja humana realiza actividades sexuales la mayor parte de la vida sin la reproducción, fenómeno que tan sólo ocurre en dos o tres de estas actividades en toda la vida.
 - 3.- Mujeres que aceptan su sexualidad pero tienen

SECCIÓN CIENTÍFICA

dificultades en la misma. Así mismo con varias posibilidades:

- 3.1."Qisiera tener sexualidad, pero no puedo". Son mujeres que se encuentran frustradas en este aspecto de su vida y como toda frustración, supone una barrera a su deseo, a sus pretensiones, esta barrera frustrante puede encontrarse fuera o dentro de sí misma:
- La barrera es externa, cuando la mujer no tiene posibilidades de llevar a cabo una sexualidad satisfactoria, una de las razones puede ser porque en su medio no haya hombres (internados, retiros, etc.) o bien porque ninguno se interesa por ella.
 - La barrera es interna en los siguientes casos:
- a) Carece de habilidades o estrategias para acceder al hombre.
- b) Tiene importante sentimientos de culpa depositados en el tema sexual. La culpa sexual es un punto muy interesante a tener en cuenta y nosotros hemos intentado estudiarlo con la profundidad que se merece(García Arroyo, 1994-1996). En este sentido es posible contemplar varias posibilidades en su manejo, pongamos algunos ejemplos: "No puedo hacerlo porque luego me sentiré muy mal" (inhibición). "primero me lo pasaré bien y luego ya veremos" (posponer la culpa). "Tendré que tomar algo de alcohol para así desinhibirme" (Intentos de disolver la culpa).
- c) Se trata de una mujer homosexual pero no quiere reconocer esta tendencia, sino creerse heterosexual, esto le produce las correspondientes dificultades
- 3.2. "Tengo que ocultar mi sexualidad, que nadie se entere". Se trata de mujeres vergonzosas, que llevan su sexualidad en absoluto secreto y tienen que realizarla con múltiples medidas de seguridad (lugares determinados, luz apagada, etc.).
- 3.3. "Sí, tengo relaciones sexuales, pero lo puedo explicar: es que me atraparon, es que no pude salir, no pude decir que no, todo fue tan rápido...". Son mujeres que no acaban de aceptar su deseo, por lo tanto tienen que estar continuamente excusándose.
- 3.4."Yo no intento nada, solamente me imagino cosas". Son mujeres que viven su deseo en la fantasía más que en la realidad, con varias posibilidades:
- a) Miedos a la intimidad, pues en ella es donde se ponen en juego muchas cosas y las máscaras tienen que desaparecer.
- b) Mujeres que nunca consiguieron lo que deseaban, se encuentran frustradas en su deseo, por lo tanto intentan satisfacerse fantásticamente, bien solas, bien imaginándose que las cosas son de otro

- modo a como realmente son, con lo que al final volverán a frustrarse.
- c) Mujeres que solamente se lo pasan bien fantaseando. Son mujeres solitarias porque nada de lo que existe en la realidad las satisfacen, podríamos decir que buscan lo que no hay.
- 4.- Mujeres que aceptan su sexualidad, pero la utilizan para un fin no sexual. Sus posibilidades son:
- 4.1. "El sexo es un artículo de consumo, como muchos otros, así es que se debe tomar lo que se quiera y nada más". En estos casos se consiente el pago por la acción sexual, es el caso de la prostitución.
- 4.2. "Yo utilizo siempre que puedo la sexualidad, para aprobar un examen, para conseguir unas vacaciones, un aumento de sueldo, para caer bien...". Son mujeres que utilizan una parte de la sexualidad para sus fines, la relativa a la seducción. Este tipo de dinámica se ve frecuentemente en las mujeres y se ve que provocan malentendidos y situaciones comprometidas para las propias Sujetos, puesto que se pone en escena un engaño, un "te daré si me das", pero al final cuando recibe no da lo prometido, todo se quedó en meras promesas, provocando la ira del potencial partener. Otras veces si se da lo prometido y entonces la sexualidad toma el valor de una moneda, produciéndose un acto de prostitución, no real como en el caso anterior, sino simbólica.
- 4.3. "Como no sé como agredirte, lo hago en la cama", o bien, "Como es donde más te duele, te agredo en la cama". En estos casos se utiliza la sexualidad como agente de agresión, hemos visto muchos modos de realizarse; por lo común lo que la mujer hace es negarse o poner pretextos para no realizar el coito, aunque en otros casos también vimos un aumento de las exigencias o críticas sobre la forma en que el compañero se comportaba en la cama, lo cual fue verdaderamente problemático para el otro. En la obra Lisístrata, Aristófanes pone de manifiesto cómo las mujeres de Atenas se niegan a mantener relaciones sexuales con sus maridos para que terminen con la guerra. La mujer que utiliza este arma entiende que ella puede pasar más que el hombre sin un comportamiento sexual manifiesto y que para este último tal actividad es vital. Es un comportamiento típicamente femenino.
- Mujeres que idealizan o exageran la sexualidad. Sus variantes son:
- 5.1. "La sexualidad es supermaravillosa, es lo mejor de todo". Son mujeres que enuncian frases como: "Hay que hacer sexo completamente libre" o

"No hay dificultades en la sexualidad". Normalmente son reprimidas que se colocan de manera opuesta a su represión, pero tarde o temprano se dan cuenta su verdadera naturaleza, paralizando entonces tanta manifestación sexual.

- 5.2."Le doy mucho bombo a la sexualidad, incluso hablo mucho de ella, pero a la hora de la verdad, nada de nada". Son mujeres que se la dan de liberales, pero que a la hora de la verdad no lo son. Intentan aparentar, mostrar una imagen que no se corresponde con una realidad no aceptada.
- 5.3."No quiero ser como las demás, quiero ser especial, también en el terreno sexual, por eso habré de buscar experiencias nuevas, pues lo cotidiano a mi me aburre". Aquí se encuentran muchas mujeres que rayan en lo snob o novedoso y muchas falsas homosexuales están ahí, son mujeres que se aburren y que quieren probarlo todo, por eso pueden llegar a mantener comportamientos lesbicos.

Todas estas mujeres al madurar frenan tanta expresión sexual y aceptan otra manera "Más Femenina" de posicionarse en la sexualidad.

- 6.- Mujeres que integran o disocian la sexualidad. Son estos tipos:
- 6.1."Yo realizo mi sexualidad en pareja y esta se realiza con la persona que yo quiero y he elegido".

Son personas que a priori son las más maduras, aunque no lo son todas las que sitúan en este modo de vivir la sexualidad.

6.2. "Para tener sexualidad no hace falta estar en pareja. Yo puedo hacerlo con cualquiera sin implicación afectiva alguna". Estos casos pueden considerarse normales en determinadas épocas de la vida, quizás existan punto de patología en el caso en que se disocien sentimientos/sexualidad, podríamos decir que: "aman allá donde no copulan y copulan allá donde no aman". Son casos en los que hemos visto un buen número de infidelidades femeninas.

COMENTARIO FINAL

Hasta aquí el grupo de mujeres estudiadas por nosotros en nuestras historias clínicas, de entre ellas podemos ver grados de patología. Es muy importante ver como la mujer maneja se deseo, porque de ello se desprenderá que nos consulten a los psicoterapeutas y que tengan posibilidades de hacerse más maduras, lo que significa un manejo mejor del mismo, dirigido por la propia voluntad y no de un modo inconsciente, como fue el caso de la mayoría de estas mujeres. La psicoterapia dinámica en cuanto forma instrumental de acceder a la interioridad de la persona, para ayudar a resolver los problemas adecuadamente y ayudar a la mujer a sentirse más segura respecto a su sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

- CABAU, A.; SENARDENS M. "Aspectos psicológicos de la infertilidad" (Marzo, 1992)
- CASAS, E "El origen del pudor" (Madrid, 1947)
- CASAS, E. "Costumbres españolas de nacimiento, noviazgo, casamiento y muerte" (Madrid, 1947)
- BEDOYA, J.M. "Guiones de Ginecología. Edit Universidad de Sevilla (Sevilla 1977)
- GARCÍA ARROYO, J.M. "Taller de mujeres mastectómicas" IV Congreso Español de Sexología (Valencia, 1991)
- GARCÍA ARROYO, J.M. "Psicología de la sexualidad". Edit. Kronos (Sevilla, 1994)
- GARCÍA ARROYO, J.M. "Teoría y práctica del consejo breve en sexualidad" Editado por Asociación Sexológica
 Sevillana. Serie "Psicología y Sexualidad" Nº 1 (Sevilla 1996)
- JAVERT, C.T. "Further follow-up on habitual abortion patients" Am. J. Obs. Gynecol.. 84 P. 1149.
- LOPICCOLO, L. "Low libido states" Simp. American Association of Sex Therapists. (Filadelfia, 1979).
- MOLINER, M. "Diccionario de uso del Español" Ed. Gredos (Madrid, 1994)
- SCHAFFER, R. "Ser madre" Ed. Morata (Madrid, 1985)
- VIDART, J.A.; JIMENO, J.M. "Obstetricia y Ginecología" Ed. Lizán 5 (Madrid, 1986)
- KINSEY, A.C.; POMROY, W.B.; MARTÍN, C.E; W.B. SAUNDERS. "Sexual behavior in the homan male". (Filadelfia, 1948)

LA MATERNIDAD EN UN SISTEMA MUNDIAL DE IMÁGENES

Mª TERESA MIRALLES SANGRO.

Enfermera Hospital Ramón y Cajal. Profesora asociada de la EUE y FAC de la Universidad de Alcalá Mª ISABEL SÁNCHEZ PERUCA

Matrona. Jefa de Estudios. Unidad docente de Matronas de Madrid.

"Comunicación presentada en el VI Congreso Nacional de Matronas, I Encuentro Hispano-Luso".

Madrid, 27, 28 y 29 de Noviembre de 1.997.

"LA MATERNIDAD EN UN SISTEMA MUNDIAL DE IMAGENES"

Introducción.

Tenemos constancia de que a lo largo del tiempo en las diferentes culturas, los distintos grupos humanos, han expresado su respeto a la maternidad representando imágenes y símbolos de la gestación, el parto, el nacimiento y el recién nacido en muy diferentes formas y a través de distintos medios, reconociendo su importancia en la comunidad de la vida y en la supervivencia del grupo.

Siguiendo la línea del tiempo y el desarrollo de las culturas se puede hacer un recorrido que nos "habla" de la significación de la maternidad hasta nuestros días. En este siglo, donde la cultura es básicamente visual, donde la imagen juega un papel importante en la vida social, encontramos en los sellos de correos, una muestra pluricultural de imágenes, figuras y símbolos que representan a la maternidad. Las imágenes que presentamos nos dan pie para iniciar el recorrido.

Objetivos.

Examinar cual es el tratamiento que hace la filatelia respecto a la maternidad. Identificar cuales son las imágenes tipo y cuales los temas mensajes.

Material y método.

Nos hemos basado para el estudio, en una población que abarca las emisiones postales que hacen referencia a la enfermería desde los orígenes de la filatelia en 1840, hasta la actualidad. De esta población, elegimos como muestra los sellos que exponen imágenes en las que se representan la maternidad. Entendiendo como tal la gestación, el parto, el puerperio y el neonato.

Resultados:

Se catalogaron las emisiones postales correspondientes a la población, lo que nos permitió conocer el número de series de sellos que reflejan la enfermería, sumando un total de 712 series. Una vez catalogadas las emisiones de la muestra se procedió a la selección de las series en las que apareciera la imagen, símbolo o figura de la maternidad, resultando un total de 47 series.

El resultado de esta búsqueda nos permitió establecer la relación y constatar que la imagen de la maternidad en la filatelia representa un 6,6% del total de la muestra.

En cuanto a las imágenes tipo

Todos los sellos fotografiados en este artículo son de la colección particular de Mª Teresa Miralles Sangro

Méjico hace una emisión en el año 1992 con una leyenda que dice "La partera tradicional". Representa un recién nacido al que la partera sujeta por los tobillos quedando boca a bajo, posición en la que tradicionalmente se cogía al neonato nada mas nacer. En la actualidad se considera que el recién nacido debe colocarse piel con piel con la madre, para que ésta le brinde seguridad y se desarrolle un vínculo afectivo duradero entre ambos.



SECCIÓN CIENTÍFICA

Colombia emite un sello benéfico (obligatorio en ciertas fechas) en el año 1970, cuya imagen representa las manos profesionales que ayudan en el nacimiento y protegen y cuidan posteriormente al recién nacido, recordándonos el logotipo de la Asociación Nacional de Matronas Españolas y Portuguesas.



Bermuda presenta un sello para recordar los 100 años de cuidados en el Hospital y Hungría en 1954 con ocasión del Día de la Mujer emite un sello similar y en ambos aparece una profesional ofreciendo el recién nacido a la madre dejando patente que el mejor medio de comunicación del recién nacido es el tacto, que la madre debe hablarle y mirarle a los ojos, su imágen le resultá atrayente aunque no distinga otras cosas.

Los cuidados inmediatos quedan reflejados en las emisiones de Líbano, España y Mauritania en las tres se está valorando la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

La exploración neurológica se puede apreciar en la emisión que hace Finlandia con motivo de Las Obras para la Infancia.



El peso del recién nacido queda representado en un 14,2% dándole así la importancia que tiene este parámetro en el periodo neonatal debido a la pérdida ponderal fisiológica que se produce y la adaptación al amamantamiento. (Zambia, Bélgica, Alemania, Sudán, Yemen 2, Madagascar).



Se refieren a la lactancia un total de 6 emisones; Zambia, Marruecos, Cabo Verde y Emiratos Árabes, representan a la madre dando el pecho a su hijo. Togo nos presenta a una madre dando el biberón. En la Emisión de San Vicente aparece una madre dando de lactar a su hijo y en la parte superior izquierda se puede ver un biberón tachado.

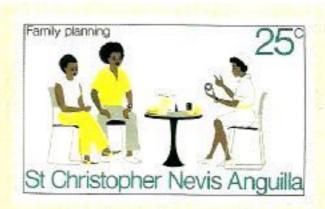
La lactancia materna queda altamente representada, lo que nos indica la importancia de la lactancia natural en contraposición con la lactancia artificial defendida en las décadas de los años 50 y 60.



matronas hou

SECCION CIENTIFICA

Aunque no es motivo de este estudio hemos encontrado dos representaciones sobre planificación familiar. Después del parto la matrona tiene un papel importante en la ayuda a la mujer y su pareja, ofreciendo información para facilitar la elección de un método anticonceptivo aceptable para ella y su compañero.



Japón reconoce la labor profesional de las matronas al emitir una serie que conmemora el 22 Congreso Internacional de Matronas en 1992. La imagen del sello representa a la madre con el recién nacido y junto a ellos la matrona.

Los Organismos Internacionales también reconocen la labor de la enfermería. Queda reflejado en una emisión de África del Sur cuyo objeto fue celebrar el aniversario de la Organización Mundial de la Salud, la emisión es del año 1979. En la imagen se puede ver a la familia y los profesionales de la salud, entre los que se encuentra la matrona.



CONCLUSIONES :

En el análisis del material seleccionado se constata que la imagen de la maternidad representa un 6,6% de la totalidad de las emisiones estudiadas.

No se observa ninguna figura que represente la atención prenatal ni el momento del parto.

En los sellos estudiados queda reflejado el reconoci-

miento social a las profesionales que dedican su labor y su esfuerzo al cuidado de la mujer en el momento de la maternidad.

Principalmente se representa el periodo puerperal a través de los cuidados del recién nacido, la interacción madre-hijo-profesional y lactancia.

En la atención al neonato figuran la exploración, vestido y el peso.

El hecho de que se represente al recién nacido en tantas ocasiones nos indica la importancia que se da a los cuidados neonatales debido a su influencia en el desarrollo posterior del niño.



Cuidados que no se realizaban con anterioridad al siglo XIX ya que se consideraba a los niños un valor para la comunidad midiendo únicamente su productividad. Esta preocupación que surge en el siglo pasado, en el mismo momento en que surgen las impresiones filatélicas, nos parece puede ser la razón de su representa-

ción en las series observadas.

Los cuidados en la maternidad incluyen la información, la higiene, la alimentación y la planificación familiar.

Bibliografía

COLLIÈRE, M.F. SÁNCHEZ ARCAS, R

DUNHANN, C

Promover la vida.

Ed. Interamericana & McGraw-Hill Madrid 1993
El parto a través de los tiempos.
Ed. Labor Vekar S.A. Madrid 1995
(Equipo "The Body Shop") "Mamatoto" La celebración del nacimiento
De. The Body Shop. Plural 1992

ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA ASOCIADAS

La asociación de Matronas ha suscrito un convenio con la Licenciada en Psicología GRACIELA KASANETZ, para la atención psicoterapeútica de sus asociadas/os y sus familiares.

Este convenio supone una reducción de un 30 % en los honorarios, por lo que quedan establecidos en 4000 pesetas por entrevista.

La atención psicoterapeútica está dirigida a niños, adolescentes, adultos, y parejas, tanto para diagnóstico y tratamiento como para asesoramiento en situaciones de dificultad puntuales.

Las entrevistas se realizarán previa petición de hora a los telefonos (91) 634 45 73 ó (91) 448 32 47.

La Licenciada Kasanetz se graduó en la Universidad de Buenos Aires en 1973 desde entonces se ha dedicado a la psicoterapia psicoanalítica y, desde hace 16 años también a la formación de psicoterapeúticos.

Ha sido profesora en la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en la Cruz Roja Española, en la Fundación Jiménez Díaz en el Colegio Oficial de ATS y DUE de Madrid y en el Ateneo Freudiano de Madrid. Es miembro de la Sección de Madrid de la Escuela Europea de Psicoanálisis. Está colegiada en el Colegio Oficial de Psicologos de España con el número M-3615.



CORREO ELECTRÓNICO

Si quieres comunicarte con la Asociación a través de Internet, puedes dirigirte a la dirección de E. Mail:

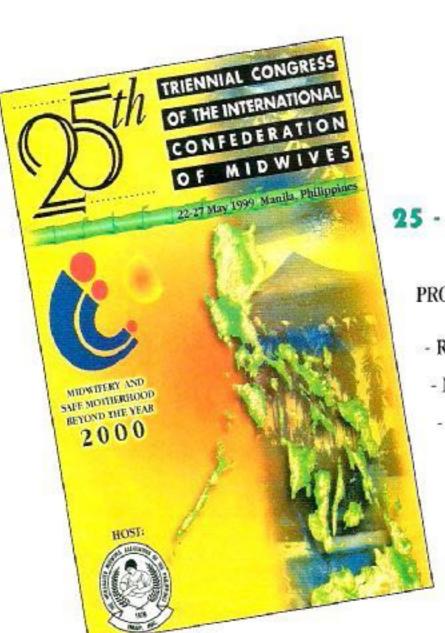
cmartinez28@smail.ocefss.ucm.es



PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA

En relación con los cursos ofertados en este 1º semestre - 1998.: Se ha suspendido, por falta de numero suficiente de alumnas/os, el de Psicologia. Suponemos que la oferta no ha sido de interés para las Asociadas/os, por ello rogamos tus SUGERENCIAS al respecto.





25 - CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS

Manila 22 al 27 Mayo 1999

PROXIMAMENTE AMPLIA INFORMACIÓN

- Recepción de Abstrac 30 Abril 1998.
- Notificación de aceptación / rechazo 30 Septiembre 1998.
- Fecha limite inscripciónes 29 Enero 1999.

ESTUDIO SOBRE CARGAS DE TRABAJO Y ATENCIÓN CONTINUADA DE LAS MATRONAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑON

Carmen Rodriguez Rivas, Matrona del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

Colaboradoras: Gloria Alarcón, Sara Baeza, Rosario Bejerano, Alejandra Calvanese,

Pilar Carrascal, Amparo Collado, Mª Angeles Elarre, Ines Gonzalo, Teresa Girao,

Mª Luisa Herrero, Isabel Lorenzo, Mª Antonia Mendoza, Mª Jesús Sánchez,

Consuelo Soto y Antoñita Vacas.

INTRODUCCIÓN

ste estudio ha sido elaborado por enfermeras especializadas en Obstetricia y Ginecología (Matronas) sobre nuestro trabajo en la Maternidad del Hospital Universitario Gregorio Marañón durante el verano de 1997.

Queremos cuantificar los tiempos sin asistencia en la atención continuada a las mujeres en trabajo de parto y/o a aquellas a las que se les realizó Monitorización o Registro cardiotocográfico (RCTG)

para controlar el bienestar materno-fetal.

El objetivo de este estudio es averigüar qué relación ha existido entre la "Saturación de trabajo" que hemos sostenido en los meses de Julio, Agosto y Septiembre de 1997 y el "Tiempo de no control", por nuestra parte, de las mujeres que ocupaban una cama del Servicio de Paritorio de este hospital mientras ocurrían períodos expulsivos simultáneos, lo que hemos llamado "momentos de coincidencia".

Nuestra finalidad es que este estudio o informe sirva a nuestra Jefatura y en última instancia a la Dirección del Hospital para adoptar las medidas que considere oportunas. Cuentan con nuestro apoyo, en la medida de nuestras funciones y responsabilidades.

El análisis de los datos se realizó en el mes de

Octubre y Noviembre.

JUSTIFICACIÓN

Ante la serie de problemas planteados en la primavera e inicio del verano de 1997:

Sobrecarga de trabajo

Acusaciones de negligencia por parte médica

- Falta de personal

- Suplentes poco hábiles

 No inclusión en la formación continuada de la Maternidad...

El Equipo de Matronas del H. U. Gregorio Marañón decidió tomar una serie de iniciativas con el ánimo de cambiar la situación para mejorarla. Una de ellas es este estudio o informe sobre nuestro trabajo en el periodo estival. Uno de los momentos críticos en toda Maternidad dada la actual planificación familiar.

Pensamos que tenemos una obligación hacia nuestras/os clientes en el sentido de ofrecerles lo mejor de nuestra profesionalidad pero no sería ético acallar situaciones que por falta de recursos humanos, organización y coordinación entre Equipos deterioran o incluso imposibilitan una atención de calidad acorde con el prestigio del Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Estamos dispuestas a colaborar en cuantos estudios o investigaciones quiera llevar a cabo la Dirección del Hospital, dado que consideramos necesaria una revisión del Servicio de Paritorio para evitar problemas futuros.

Somos una plantilla de diecisiete matronas ubicadas exclusivamente en el Servicio de Paritorio, con turno de doce horas, siendo la jornada anual aproximadamente de: 1.590 para el turno de día y de 1.380 para el turno de noche.

Como infraestructura el Servicio de Paritorio se encuentra ubicado en la tercera planta del hospital, dispone de monitores centrales para el seguimiento de las monitorizaciones individuales, seis camas de dilación, cuatro de puérperas y tres paritorios. Junto al Paritorio

hay dos quirófanos.

El Hospital cuenta con Consultas de Embarazo Normal y Patológico, Ginecológicas, Pruebas Diagnósticas, Urgencias, Servicio de Fisiopatología Fetal, Preparación al Parto, plantas de Hospitalización de Obstetricia, que incluyen camas de Embarazo de Alto Riesgo, hospitalización de Ginecología y Servicio de Neonatología.

La preparación al Parto está a gargo de una Pediatra y una auxiliar de Enfermeía. El resto de los servicios están asistidos por <u>Enfermeras no especializadas</u> en

Obstetricia y Ginecología (Matronas).1

Somos conscientes de que nuestra preparación académica y nuestras capacidades están siendo desaprovechadas obedeciendo a políticas sanitarias no
siempre acordes con la demanda social. Esto puede ser
una desventaja para un hospital puntero, ya que podría
perder "magnetismo" para sus clientes frente a otros
hospitales y están haciendo que su personal se desmotive.

.....

'Adjuntamos fotocopia de las funciones de la Matrona en el INSA-LUD y la NORMATIVA COMUNITARIA, que en el documento nº 2 titulado: "Directiva del Consejo de 21 de enero de 1980 sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a las actividades de matrona o asistente obstétrico y al ejercicio de las mismas", incluye un listado de las actividades de la matrona (Anexo III).

MÉTODO

Se trata de un estudio prospectivo y longitudinal para el que diseñamos como base de datos un registro cuyos items pueden verse en el Anexo I. Los datos se regogieron durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre de 1997. También utilizamos un registro de Monitores Cardiotocográficos, ya implantado por nuestra Jefatura, el "Libro de Paritorio" y el "Libro de Fetos Cruz menores de 1.500gr".

Definimos como hipótesis de trabajo la siguiente afirmación: Durante el verano de 1997, la carga de trabajo de las Matronas del Hospital Universitario Gregorio Marañón ha influido desfavorablemente en la atención continuada de las mujeres ingresadas en el

Servicio de Paritorio.

Para operativizar la hipótesis relacionamos dos indicadores: La saturación de trabajo (S) y el tiempo de no control por parte de las matronas (T), definiendo los siguientes conceptos:

Carga de trabajo:

Concepto que definimos con las siguientes <u>variables</u> (recogidas en las tablas del apartado Resultados):

Nº de dilataciones atendidas en turno de día:

Mujeres que pasan al Servicio de Paritorio para el seguimiento de su trabajo de parto y/o control fetal durante el turno de día, de 9 a 21 horas.

Nº de dilataciones atendidas en turno de noche:

Mujeres que pasan al Servicio de Paritorio para el seguimiento de su trabajo de parto y/o control fetal durante el turno de noche, de 21 a 9 horas.

- Nº de monitorizaciones atendidas en turno de día:

Mujeres que pasan al Servicio de Paritorio, de 9 a 21 horas, para la realización de un Registro Cardiotocográfico desde la Urgencia, si no es posible en este sevicio, o desde la Planta, por estar hospitalizadas con o sin trabajo de parto, con o sin patología. - Nº de monitorizaciones atendidas en turno de noche:

Mujeres que pasan al Servicio de Paritorio, de 21 a 9 horas, para la realización de un Registro Cardiotocográfico desde la Urgencia o desde Planta, con las mismas aclaraciones que para el turno de día.

- Nº de Partos en turno de día:

Los ocurridos entre las 9 y 21 horas de un día concreto.

-Nº de Partos en turno de noche:

Los ocurridos entre las 21 horas de ese día concreto y las 9 horas del suiguiente.

- Nº de Partos normales atendidos por matrona:

Los que, por evolucionar sin patología, pueden ser asistidos por matrona. Considerando los que se hacen en turno de día y en turno de noche por separado.

- Nº de Partos atendidos por médico:

Partos normales o eutócicos, instrumentales y cesáreas realizados por médicos adjuntos y/o residentes, que siempre requieren la presencia de una matrona para la asistencia al neonato, la burocracia del parto, la asistencia a la mujer (hidratación, manejo de medicación, apoyo psicológico...) y la colaboración con el médico.

- Nº de procesos atendidos desde las 9 horas de un día hasta las 9 horas del día siguiente:

Entendemos como proceso la atención a la dilatación, período expulsivo y puerperio inmediato. Para su cálculo evitaremos contar dos veces las dilataciones de las mujeres que ocupan cama en el momento del cambio de turno.

Las mujeres que llegan "completas" son atendidas en el período expulsivo y el puerperio inmediato. Las cesáreas no son atendidas en el puerperio inmediato.

El concepto de Proceso es equivalente al de "caso" y/o al de "mujer/neonato" atendida/o.

Saturación de trabajo:

Cuando la carga de trabajo por matrona supera las ratios recomendadas por la O.M.S. y la Asociación de Matronas², en la atención hospitalaria a la mujer de parto.

Este concepto queda definido por el indicador (S):

SECCIÓN CIENTIFICA

No se ajusta a la definición pero medirá lo que queremos: la carga global de trabajo. Nos conformaremos con esto, ya que tendríamos que contabilizar cuántas mujeres y neonatos atendía cada matrona en cada momento pero el Modelo de Atención que rige en el Servicio no es personalizado, las Matronas trabajamos en Equipo.

²Para la O.M.S. la ratio "mujer dilatando en parto normal por matrona" es la misma que "paciente en cuidadod intermedios por enfermera". La Asociación de Matronas recomienda la asistencia simultánea a no más de dos mujeres dilatando.

Hemos analizado una semana del mes de Agosto aplicando el supuesto de que las mujeres se fueran asignando a la matrona que estuviere libre en el momento de su ingreso. Superando la ratio recomendada en 4 ocasiones, siempre en el turno de día y durante un lapso mínimo de 30 minutos y un máximo de 3 h oras y media. Esta es una variable no controlada, por lo que no podemos saber cuántas mujeres y neonatos atendía una matrona simultáneamente (Anexo II).

Obtenemos el mismo resultado si consideramos como variable independiente (x), en vez del indicador S, otros indicadores como: Indice horario de ocupación de camas al día (casos por tiempo medio de estancia dividido entre 24 horas) o Indice de ocupación de cama por matrona a la hra. Son otras formas de medir la saturación de trabajo.

Tiempo de no control por parte de matrona:

Período, medido en minutos, en el que no puede ser vigilado de manera constante el Registro Cardiotocográfico de una mujer en trabajo de parto porque la matrona o matronas está o están sujetas a tiempos de exclusividad.

Definimos tiempo de exclusvidad como aquel en el que es imposible hacer otra cosa y fijamos una dura-

ción media de:

- Cuarenta y cinco minutos en la asistencia al perío-

do expulsivo por parte de una matrona.

 Treinta minutos en la colaboración en la atención a partos normales o distócicos atendidos por una matrona o médicos respectivamente.

Para operativizar el indicador tiempo de no control por parte de matrona definimos las siguientes variables:

-Nº de matronas libres:

Número de matronas no sujetas a tiempos de exclusividad. No están asistiendo un expulsivo ni ayudando a realizarlo.

-Nº de Momentos de Coincidencia sin matrona libre:

Número de veces que ocurre coincidencia de expulsivos y no hay matrona libre que pueda controlar al resto de las mujeres ingresadas en el Servicio de Paritorio.

- Nº de camas ocupadas en el momento de la coincidencia sin matrona libre:

Número de camas ocupadas en el Servicio de Paritorio mientras ocurren períodos expulsivos simultáneos y no hay matrona libre que pueda controlar los monitores y/o atender posibles urgencias.

- Tiempo de duración del momento de Coincidencia:

Tiempo, medido en minutos, que dura la coincidencia sin que haya matrona libre para atender al resto de las mujeres ingresadas o recibir las urgencias que lleguen en ese intervalo de tiempo.

El indicador (T) Tiempo de no control por parte de matrona queda definido como:

T = Sumatorio de los minutos que duran las coincidencias de expulsivos sin matrona libre en 24 horas

Aplicaremos análisis de regresión y de correlación (Coeficiente de Pearson) a los indicadores S y T para comprobar si existe relación entre ellos y de qué tipo.

RESULTADOS

La actividad de la Matrona, en este hospital, se reduce al Servicio de Paritorio.

Cuantificamos nuestra actividad en la <u>Tabla 1</u> (Carga de Trabajo), en la <u>Tabla 2</u> (Partos atendidos por matrona y turno) y en la <u>Tabla 3</u> (Distribución de Partos).

El total del nº de dulataciones en 24 horas supera al de partos porque se han contabilizado dos veces las mujeres que permanecían en el cambio de turno, contando con que hay partos a los que no se les sigue la dilatación por llegar a paritorio en el momento del expulsivo o ser cesáreas programadas.

El mes de Julio fué el de más carga de trabajo, segui-

do por Septiembre y Agosto.

Encontramos que la cantidad de trabajo en cada turno es muy similar. La diferencia enalgo más, en el turno de día, viene dadad porque las inducciones y conducciones de un parto se suelen iniciar a primera hora de la mañana. Se podría decir que el trabajo de la matrona de día está más enfocado al período de la dilatación ya que realiza una media diaria de 2 partos, la matrona de noche además de atender el período de dilatación, realiza una media diaria de 3 partos. Este hecho también está influenciado por la presencia o no de los médicos residentes.

TABLA 1. CARGA DE TRABAJO

	JULIO-97	AGOSTO-97	SET97
Dilataciones turno dia	241 [8+/-3]	222 (7+/-3)	207 (7+/-3)
Dilataciones turno noche	191 (6+/-4)	166 (5+/-2)	191 (6+/-2)
TOTAL DILATACIONES	432	388	398
Monitorizaciones turno día	227 (7+/-4)	136 (4+/-3)	125 (4+/-3)
Monitorizaciones turno noche	119 [4+/-3]	75 (2+/-2)	81 (3+/-2)
TOTAL MONITORIZACION	346	211	206
Partos turno día	209 (7+/-3)	189 (6+/-3)	197 (7+/-2)
Partos turno noche	200 (6+/-3)	150 (5+/-2)	168 (6+/-2)
TOTAL PARTOS	409	339	365

^{*} Media y desviación standar diaria, para cada variable.

TABLA 2. PARTOS ATENDIDOS POR MATRONA

	JUL10-97	AGOSTO-97	SET97
TOTAL PARTOS	62 (2)	49 (2)*	78 (3)
TOTAL PARTOS	90 (31	58 (2)	52 [2]
TOTAL PARTOS	152	107	130

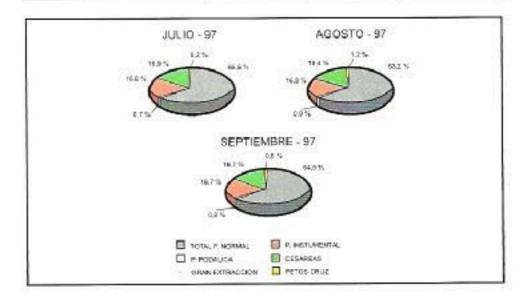
^{*} Media diaria de partos asistidos por matrona.

Las matronas asistimos todas las dilataciones, ayudamos en todos los partos y asistimos directamente un 37% del total de partos en el mes de Julio, un 32% en Agosto y un 36% en Septiembre de 1997. <u>Tabla 3</u> (Distribución de partos).

Si referimos el número de partos asistidos al total de partos normales o eutócicos, las matronas asistimos

TABLA 3. DISTRIBUCION DE PARTOS

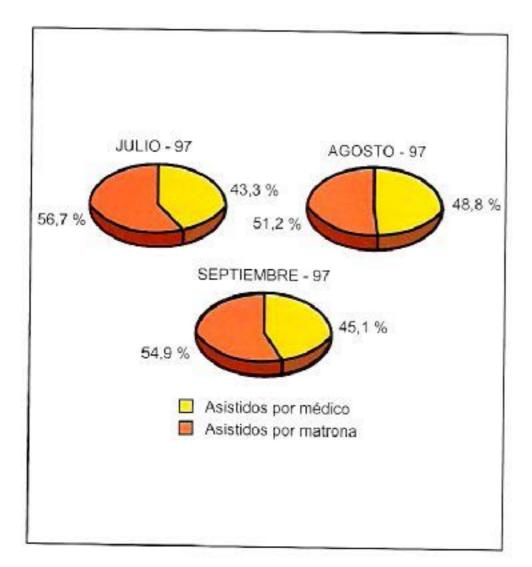
	JULIO-97	AGOSTO-97	S EPTIEM-97
TOTAL P. NORMAL	268	213	237
P. PODALICA	3	3	3
GRAN EXTRACCION	1	0	0
P. INSTRUMENTAL	68	55	61
CESAREAS	69	62	61
FETOS CRUZ	0	4	3
TOTAL PARTOS	409	337	365
% P. MATRONA RESPECTO AL TOTAL DE PARTOS	37.16%	32.30%	35.60%



en Julio un 56.72% de los partos normales, en Agosto un 51.2% y en Septiembre un 54.9%. <u>Tabla 4</u> (Distribución de partos normales).

La media de matronas en 24 horas, representada en la <u>Tabla 5</u> (Nº de Matronas por turno) no varia en los tres meses (2.5). Tampoco varia para cada turno siendo de 3 para el turno de día y 2 para el turno de noche. Lo que indica, a similar carga de trabajo, mayor sobrecarga durante el turno de noche.

Como ya ha sido mencionado, consideramos cada caso como un proceso que incluye la atención en el período de trabajo de parto o dilatación, en el período expulsivo y en las dos horas siguientes al alumbramiento o período de puerperio inmediato. Así en la Tabla 6 se refleja una aproximación (al operar con los valores medios de tablas anteriores, no con la distribución día a día) del número de casos por matrona en cada mes: 9 mujeres por cada matrona en Julio, 6 en Agosto y 8 en Septiembre, contando con la media diaria de "monitores". Es evidente que si fuéramos más matronas podríamos aumentar la calidad de nuestros cuidados. Corresponde a la Dirección del Hospital comparar con otros hospitales públicos.



Al aplicar el análisis de regresión mediante el Programa Informático Lotus 1,2,3 en el entorno Windows 95 hallamos que un 24% de los tiempos de no control por parte de matrona se relacionan linealmente con la saturación de trabajo. Es decir, un 24% de estos Tiempos de no control varian cuando también lo hace la Saturación de trabajo. Esta variación es en sentido positivo ya que el:

coeficiente de correlación de Pearson es r = 0.49.

En el 49% de los casos cuando hay un aumento de la Saturación de trabajo hay un mayor Tiempo de no control por parte de la matrona, pero este aumento no es proporcional, salvo en un 24%³. Consideramos innecesario analizar Agosto y Septiembre.

En definitiva, existe correlación débil positiva entre los dos indicadores (S yT): en un 24% de los casos cuando aumenta la Saturación de Trabajo aumenta proporcionalmente el Tiempo de no Control por parte de Matrona. No explicamos la causa de un 51% de los casos, que se habrían dado independientemente de la Saturación de Trabajo, lo que indica que hubiera sido estadísticamente más significativo un estudio que determinara la Distribución probable de la ocurrencia de expulsivos simultáneos. Como botón de muestra en la Tabla 7 se refleja el número de veces que ocurrieron expulsivos simultáneos en cada mes y su magnitud.

TABLA 4. DISTRIBUCION DE PARTOS NORMALES

	JULIO-97	AGOSTO-97	S EPTIEM-97
ASISTIDOS POR MEDICO	116	104	107
ASISTIDOS POR MATRONA	152	109	130

TABLA 5. MATRONAS POR TURNO

TURNO	JULIO-97	AGOSTO-97	S EPTIEM-97
DIA	88 (3).	89 (3)	77 (2,5)
NOCHE	66 (2)	69 (2)	72 (2,4)
MEDIA EN 24 H.	2,5	2.5	2,4

Media diaria de matronas en el turno.

Casos 24	ŧ n.	Matrona 24 h	Proporción (minutos)	(T)%	saturación%	tiempo de no contro
01-Jul-97	28	6	4.33	D	2.79	0
02-Jul-97	28	5	5.6	40	3,61	2.73
03-Jul-97	21	4	5.25	145	3.38	9.89
04-Jul-97	19	4	4.75	55	3.06	3.75
05-Jul-97	25	4	6.5	215		14.67
06-Jul-97	24	5	4.8	50	3.09	3.41
D7-Jul-97	13	5	2.6	50	1.67	3.41
08-Jul-97	14	6	2,33	15	1.5	1,02
09-Jul-97	23	6	3,83	0	2,47	0
10-Jul-97	26	6	5.2	0	3,35	o o
11-Jul-97	23	4	5.75	0	3.7	o.
12-Jul-97	23	4	5,75	40	3.7	2.73
13-Jul-97	26	4	6,5	75	4.19	5,11
14-Jul-97	15	4	4	30	2.58	2.04
15-Jul-97	24	6	4	0	2,58	0
16-Jul-97	24	6 5	4.8	45	3,09	41 POST 100
17-Jul-97	27	5	5.4	90	3.48	3,07 6,14
18-Jul-97	30	6	5	95	3,22	
19-Jul-97	24	5	4.8	60	3,09	6.48
20-Jul-97	28	5	5.6	20	3,81	4,09
21-Jul-97	12	5	3	0	1,93	1.36
22-Jul-97	29	5	5.6	15	3,61	1.02
23-Jul-97	28	5	5,6	90	3,61	6.14
24-Jul-97	22	5	4.4	0	2,83	0
25-Jul-97	38	5 6 5 5 5 5 5 5 6	В	155	5,5	
26-Jul-97	33		8.25	45	5.32	10,68
27-Jul-97	18	4 4 5	4.5	110	2.9	3,07
28-Jul-97	18	5	3.6	0	2.32	7.5
29-Jul-97	27	6	4.5	0	2.9	0
	21	5	4.2	10	2.7	
	28	5	5.6	15		0,68

En cualquier caso, con una plantilla más numerosa el riesgo de no control desaparecería. Como se demuestra con la observación de sos datos reflejados en la parte de arriba. El total de minutos de no control por parte de matrona cuando hay 6 matronas, independientemente del nº de casos, es muy inferior (110) al total de los minutos cuando hay 5 (485) y, sobre todo, cuando hay 4 (870). El indicador T está muy relacionado intuitivamente con el grado de reemplazo de camas (variable mal controlada, ver <u>Tabla 8</u>). Así un alto índice de saturación p.e. 8.25 mujeres por matrona se correspondió con 45 minutos pero otros índices, también altos : 9 y 6,5 se correspondieron con 155 y 215 min. respectivamente. A priori, que no hubiera camas ocupadas en esos minutos no quiere decir que el riesgo no exista porque las urgencias son dificiles de preveer.

³Estamos comparando una distribución homogénea (S), débilmente sesgada a la derecha, con otra cuya dispersión es muy amplia (T) y está sesgada a la izquierda.

TABLA 6. MEDIA DIARIA DE CASOS POR MATRONA

	JULIO-97	AGOSTO-97	S EPTIEM-97
DILATANDO O PARTOS	5	4	5
MONITORES	4	2	3
TOTAL	9	6	8

TABLA 7. EXPULSIVOS SIMULTANEOS

	JULIO-97	AGOSTO-97	S EPTIEM-97
2 Expulsivos	49	53	41
3 Expulsivos	16	8	12
4 Expulsivos	5	2	1
5 Expulsivos	1	1	0
6 Expulsivos	1	0	0
TOTAL	72	64	54

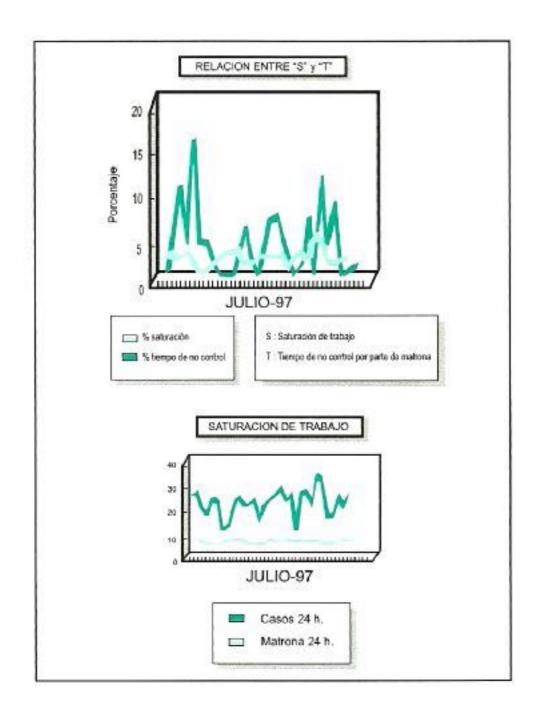


TABLA 8. VARIABLES DEL INDICADOR "T"

(T : Tiempo de no control por parte de matrona)

FECHA	Mto. de CINCIDENCIA sin Matrona libre	DURACIÓN del Mto. de coincidencia	N° CAMAS OCUPADAS
30-6-97	16:00 A 16:55	55 MINUTOS	4
2-7-97	11:30 A 11:45	15 MINUTOS	2
	15:00 A 15:25	25 MINUTOS	3
3-7-97	5:00 A 6:10	70 MINUTOS	?
	6:15 A 7:00	45 MINUTOS	?
	16:25 A 16:55	30 MINUTOS	?
4-7-97	0:20 A 1:15	55 MINUTOS	?
5-7-97	3:25 A 4:35	70 MINUTOS	2
	7:00 A 8:10	70 MINUTOS	1
	13:10 A 13:40	30 MINUTOS	1
	15:00 A 15:35	35 MINUTOS	1
	23:15 A 23:25	10 MINUTOS	0
6-7-97	0:25 A 0:50	25 MINUTOS	1
	23:30 A 0:55	25 MINUTOS	1
7-7-97	5:30 A 6:10	20 MINUTOS	2
	8:00 A 8:30	30 MINUTOS	1
8-7-97	23:55 A 0:10	15 MINUTOS	0
12-7-97	3:10 A 3:35	25 MINUTOS	1
E 3	19:10 A 19:35	25 MINUTOS	2
13-7-97	11:25 A 11:50	20 MINUTOS	2
	12:50 A 13:15	25 MINUTOS	3
	20:00 A 20:30	30 MINUTOS	0
14-7-97	10:00 A 10:30	30 MINUTOS	5

TABLA 8. VARIABLES DEL INDICADOR "T" (continuación)

FECHA	Mto. de CINCIDENCIA sin Matrona libre	DURACION del Mto. de coincidencia	Nº CAMAS OCUPADAS
16-7-97	1:15 A 2:00	45 MINUTOS	2
17-7-97	2:30 A 4:45	90 MINUTOS	0
18-7-97	8:20 A 9:00	40 MINUTOS	2
	11:15 A 11:50	35 MINUTOS	2
	19:15 A 19:35	20 MINUTOS	1
19-7-97	4:40 A 5:40	60 MINUTOS	2
20-7-97	9:35 A 10:00	20 MINUTOS	2
22-7-97	16:15 A 16:30	15 MINUTOS	0
23-7-97	1:35 A 2:05	30 MINUTOS	2
	2:05 A 2:20	15 MINUTOS	2
	3:15 A 3:45	30 MINUTOS	?
	6:40 A 6:55	15 MINUTOS	?
25-7-97	14:30 A 14:40	10 MINUTOS	1
	20:50 A 21:30	40 MINUTOS	?
	22:45 A 0:30	105 MINUTOS	?
26-7-97	15:20 A 15:50	30 MINUTOS	0
	19:05 A 19:20	15 MINUTOS	16/7
27-7-97	00:15 A 00:45	30 MINUTOS	1
	2:40 A 4:00	80 MINUTOS	4
30-7-97	12:25 A 12:35	10 MINUTOS	3
31-7-97	3:00 A 3:15	15 MINUTOS	1

SOLUCIONES Y POSIBLES

Hemos demostrado nuestra hipótesis para el mes de Julio-97:

La carga de trabajo de las Matronas del Hospital Universitario Gregorio Marañón ha supuesto la imposibilidad de vigilar y atender a mujeres ingresadas en el Servicio de Paritorio en un total de mil doscientos setenta y cinco minutos⁴.

Corresponde a la Dirección del Hospital darle a este informe la imortancia que considere oportuna pero tiene que responder si quiere que sean las Matronas las que atiendan el 100% del tiempo o considera que el Equipo Médico suple la posible desatención.

Tras el análisis de los datos que presentamos, con el número actual de Matronas, no nos puede exigir más.

No se puede obviar que la saturación de trabajo también influye en la <u>calidad de la atención a la mujer ingresada y a su recién nacido</u>.

Proponemos las siguientes soluciones:

- 1.- Aumento de la plantilla de Matronas en el Servicio de Paritorio.
- Aumento de la plantilla de Auxiliares de Enfermeria en el Servicio de Paritorio.
- Coordinación del Equipo Médico y el de Matronas.
- 4.- Elaboración conjunta de Protocolos de Actuación.
- 5.- Dotación de Matronas para los Servicios de Preparación al Parto, Urgencias Obstétricas, Embarazo de Alto Riesgo, Fisiopatología Fetal y Consultas de Obstetricia y Ginecología.
- Inclusión de las Matronas en los programas de Formación Continuada al personal del Hospital.

BIBLIOGRAFIA

- DIEZ MEDRANO, JUAN. Métodos de Análisis Causal. Colección "Cuadernos Metodológicos" núm.
 3. 1ª Edición. C.I.S., 1992.
- MAURO F. GUILLEN. Análisis de regresión múltiple. Colección "Cuadernos Metodológicos" núm.
 1ª Edición. C.I.S., 1992.
- MATEO RIVAS, Mª JOSE. Estadística en Investigación Social. Ejercicios resueltos. 4ª Edición revisada. Paraninfo, 1991.



Agradecemos los consejos de la Secretaria de la Asociación Nacional de Matronas.

A Carmen García Amado, nuestra Supervisora, su apoyo y colaboración.

A nuestra compañera Mª Carmen Rodríguez Rivas por el tratamiento de datos y el análisis estadístico.

A nuestras compañeras Auxiliares de Enfermería, por estar ahí y porque casi nunca se reconoce suficientemente su trabajo.

A quienes lean este estudio o informe, sobre todo si solucionan los problemas.



⁴Hemos descontado los minutos en los que no había camas ocupadas



ANEXO I

Items regogidos en el registro llevado a cabo durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre de 1997:

- Fecha.
- Hora de entrada en el Servicio de Paritorio.
- Nº de cama ocupada en el Servicio.

- Nombre de la paciente.
 Procedencia (Urgencias, Planta...)
 Tiempo de permanencia en el Servicio.
 Nº de Matronas en el turno.

- Tipo de parto.Hora del parto.Observaciones.
- Patología.
- Complicaciones.
- Inducción / Conducción.
- Analítica (si se realizó en paritorio).
- Epidural.

ANEXO III

ESTRACTO5 DE:

- * NORMATIVA COMUNITARIA.
- *FUNCIONES DE LA MATRONA EN EL INSALUD.

5Disponemos	de	las	fotocopia.	s completas.
-------------	----	-----	------------	--------------

ANEXO II

supuesto de trabajo personalizado

LA LETRA D CORRESPONDE A LA MATRONA DEL TURNO DE NOCHE

FECHA	MATRONA	MUJERES SIMULTANEAS	TIEMPO QUE DURA LA SIMULTANEIDAD
10/AGOSTO/97	A	3	0 horas 30 min.
	В	2	1 hora 40 min.
14/ AGOSTO/97	A	3	2 horas
	A	2	1 horas 40 min.
	В	2	5 horas
	В	2	1 hora
	C	2	1 hora 50 min.
	C	2	1 hora 35 min.
	D	2	0 horas 10 min.
16/ AGOSTO/97	A	2	3 horas 10 min.
	C	2	0 horas 40 min.
	D	3	2 horas
20/ AGOSTO/97	В	2	0 horas 45 min.
20, 1120210121	C	2	0 horas 5 min.
	D	2	0 horas 30 min.
24/ AGOSTO/97	A	3	1 hora 30 min.
	В	2	1 hora
	C	2	1 hora
26/ AGOSTO/97	A	3	3 horas 30 min.
	В	2	0 horas 45 min.
	0	2	0 horas 35 min.
	D	2	2 horas
30/ AGOSTO/97	C	2	0 horas 45 min.
	C	2	1 hora
	D	2	2 horas
	D	2	1 hora 10 min.

IDEAS DE UNA POBLACIÓN DE MATRONAS SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL

Autores: C. Broullón; C. Hidalgo; E. Marchena; C. Alcalde y J. I. Navarro.

Departamento de Enfermería y Departamento de Psicología. Universidad de cádiz.

"Comunicación presentada en el VI Congreso Nacional de Matronas, I Encuentro Hispano-Luso".

Madrid, 27, 28 y 29 de Noviembre de 1.997.

INTRODUCCIÓN

El interés por el conocimiento que tienen las personas sobre diferentes aspectos del comportamiento humano (su "psicología implícita") es paradójicamente un tema bastante reciente en psicología. Uno de los aspectos de este conocimiento, denominado de forma genérica "conocimiento social", es el que está constituido por las ideas que tienen los adultos sobre el desarrollo infantil (Goodnow, 1988). Identificar las tendencias y la exactitud del conocimiento que tienen adultos de diferentes medios y profesiones sobre el desarrollo infantil contribuye a entender mejor cómo se construyen los sistemas de creencias personales en relación con ideas y prejuicios sociales y en relación con el avance científico. Además de contribuir a entender la relación entre ideas implícitas y prácticas de intervención (Lightfoot y Valsiner, 1992; Palacios, 1987).

La formación del especialista en enfermería obstétrico ginecológica (matrona) incluye conocimientos para ofrecer una adecuada educación sanitaria a la mujer, familia y comunidad así como la de realizar trabajos encaminados a la mejora continua de la actividad profesional y, por tanto, del nivel de salud de la mujer, del recién nacido y su familia (B.O.E. 132 de 2/6/92).

El presente estudio tiene como objetivo analizar las ideas sobre diferentes aspectos del desarrollo infantil, que tienen un grupo de matronas de la provincia de Cádiz. Valorando tanto la tendencia general de sus predicciones (dimensión optimismo-pesimismo), como la variación de estas dos dimensiones en función de diferentes características del grupo (tener hijos o no, edad, ...).

Al ofrecer un panorama de las tendencias y de los principales aciertos y errores del conocimiento sobre el desarrollo infantil, permite apreciar las modificaciones o resistencias al cambio de estos profesionales.

MÉTODO

Instrumento

Se utilizó la prueba diseñada y descrita en el estudio "Ideas previas de una población universitaria sobre el desarrollo infantil" realizado por E. Martí y colaboradores (1994).

El cuestionario consta de 30 ítems breves sobre diferentes aspectos del desarrollo infantil (ver Anexo I). Las preguntas se plantean de forma abierta (hay que proponer una edad) en vez de ofrecer categorías de respuestas. Los comportamientos elegidos son variados y representativos de situaciones habituales de la vida cotidiana dentro del intervalo de edad que va de los 0 a los 10 años.

Los 30 ítems se ordenan en cuatro ámbitos:

- I. Ámbito motor perceptivo (ítems 1, 2, 9, 15 y 16)
- II. Ámbito cognitivo-lingüístico, entre las que se incluyen también algunos ejemplos de aprendizaje escolar (ítems 5, 13, 14, 18, 19 y 20)
- III. Ámbito social y de la personalidad (ítems 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12 y 17)
- IV. Ámbito relativo a la intervención del adulto (ítems del 21 al 30)

Sujetos

La muestra utilizada en este estudio estuvo formada por 34 matronas/os de la unidad de paritorio de los hospitales de Cádiz (61.7%) y Pto. Real (38.2)% (ver gráfico 2).

Como se presenta en la tabla 1, la edad de la muestra estaba comprendida entre 35 y 60 años, con una media de 42.5 y una desviación típica de 6.8; siendo la edad de 42 años la más frecuente del grupo.

	n		1	1
Media	Desv. Tip.	Mnimo	Mximo	Moda
42.5	6.8	35	60	42

Tabla 1. Estadísticos básicos de la edad de la muestra.

Del total de sujetos, 3 (8.82%) son matronos y 31 (91.17%) son matronas (gráfico 1). De los cuales el 67.6% tienen hijos/as y el 32.3% no tienen (ver gráfico 3)

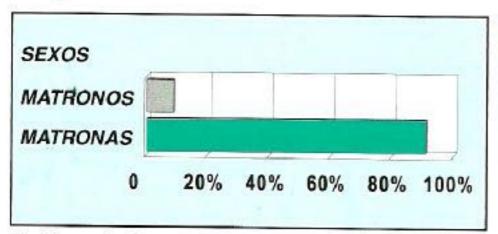


Gráfico 1. Representación del porcentaje de matronas y matronos de la muestra.

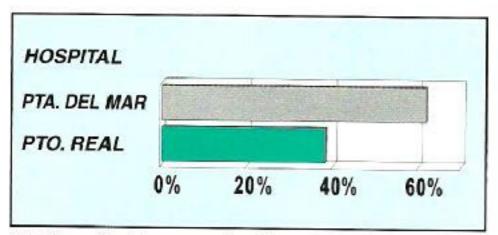


Gráfico 2. Representación del porcentaje de sujetos de la muestra por Hospitales.

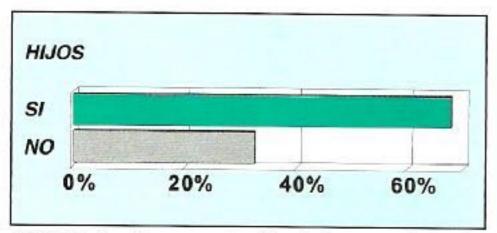


Gráfico 3. Representación del porcentaje de sujetos de la muestra con hijos y sin hijos.

Procedimiento

Las/os matronas/os contestaron el cuestionario durante el mes de octubre de 1997. Los investigadores proponían su cumplimentación de forma voluntaria y anónima. Al responder, los sujetos debían pensar en un niño normal, ni muy adelantado ni muy atrasado. El proceso completo suponía unos veinte minutos aproximadamente.

RESULTADOS

En cuanto a los resultados globales, hemos comparado para cada ítem la proporción de predicciones optimistas (predecir edades menores al límite inferior del margen correcto), la de predicciones pesimistas (predecir edades mayores al límite superior del margen correcto) y la de predicciones correctas (respuestas dentro del margen correcto de edades expresadas en meses, indicadas en el cuestionario del anexo I después de cada pregunta).

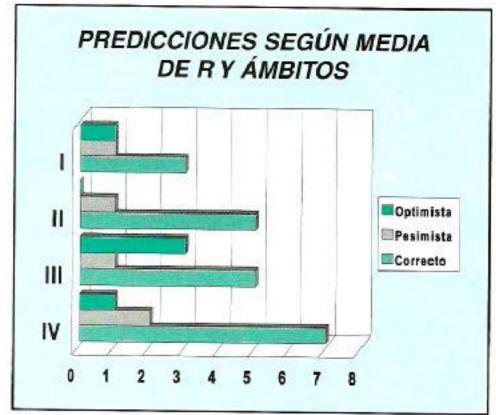


Gráfico 4. Representación gráfica, según la media de las respuestas, del nº de Ítems optimistas, pesimistas y correctos.

La tendencia que se desprende de los parámetros estadísticos centrales, como la media, es que dominan las respuestas correctas en los cuatro ámbitos (ver gráfico 4). Asimismo, según la repuesta de mayor frecuencia (moda), las predicciones más frecuentes son las de carácter optimista o correcto (ver gráfico 5).

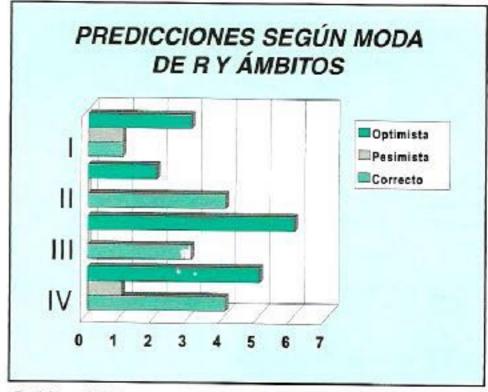


Gráfico 5. Representación gráfica, de las predicciones según la moda y los ámbitos.

Los ítems con altos porcentajes de aciertos, corresponden a conductas usuales pero sobre todo a conductas que suelen servir de punto de referencia frecuente para valorar el desarrollo del niño: empezar a decir sus primeras palabras, a leer, a sumar y restar o a sonreír (ver gráficos 6 y 7).

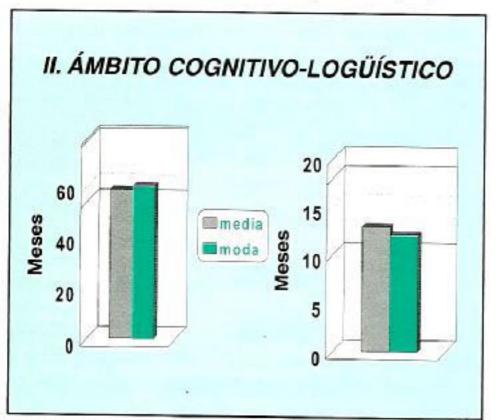


Gráfico 6 y 7. Representación gráfica, de los Ítems 5 y 7.

Los ítems más difíciles (predicciones pesimistas erróneas), sin ser conductas inusuales, parecen no formar parte del repertorio explícito que emplean los adultos para hablar del progreso de los niños; en algunos casos (como en los ítems 21 y 24) indican un desconocimiento del momento en que es adecuado empezar a interactuar con los niños. Un caso revelador es el ítem 24 (empezar a leer y mirar cuentos con los niños) cuyas predicciones presentan una media de 2 años aproximadamente (X=23.55 \(\pa\)=12.61), cuando el margen correcto es de 7 a 18 meses.



Gráfico 7. Representación gráfica de la moda del Ítem24: "¿A partir de qué edad le parece a ud. qué vale la pena leer y mirar cuentos con los niños?". Se identifica con una franja gris en los ejes el margen correcto de edades.

En otros casos, los errores provienen de creencias muy arraigadas en el sentido común a pesar de haber sido desmentida desde hace bastantes años por especialistas en psicología evolutiva. El ejemplo más revelador es el del ítem 9 (empezar a ver) con una media de 1.8 y una desviación típica de 1.9 (la respuesta correcta es de 0 meses).

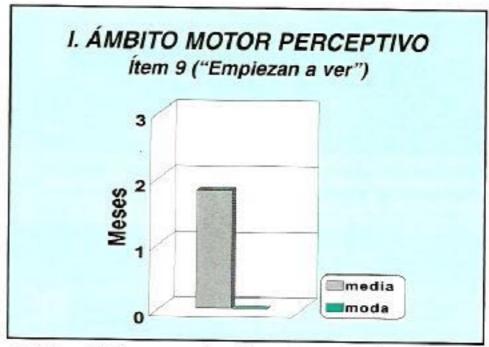


Gráfico 8. Representación gráfica del Ítem 9: "¿A que edad cree ud. Que los niños empiezan a ver.

Por último están los casos de comportamientos que han sido interpretados de forma optimista: el ítem 1 (mantenerse sentados) en el que una gran proporción de la muestra prevee que se da antes de los 7 meses (\bar{X} =6.5 y ∂ =1.2), el ítem 17 (son responsables de sus acciones y decisiones) cuyas predicciones presenta una media aproximada de 6 años (\bar{X} =6.5 y ∂ =1.2) cuando el margen correcto está entre los 7 y los 10 años. Y el ítem 27 (tomar el relato de un niño como testimonio fiel) que presenta una media de respuesta de 4 años (\bar{X} =57.17 y ∂ =24.46) cuando el margen correcto se da entre los 6 -7años y medio.

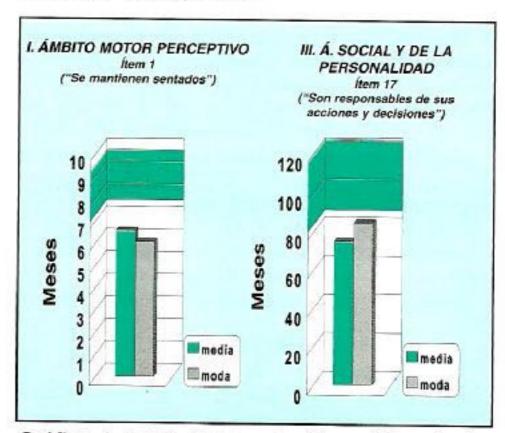


Gráfico 9 y 10. Representación gráfica de los Ítems 1 y 17.



CUESTIONARIO SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL

(E. Martí y col., 1997)

Los Departamentos de Psicología y Enfermería de la Universidad de Cádiz está llevando a cabo un estudio sobre las ideas que tienen las/os matronas/os sobre el desarrollo infantil y la educación. Las respuestas recogidas en este cuestionario son anónimas, sólo serán empleadas con fines científicos y para mejorar la docencia.

Muchas gracias por su colaboración.

1.	Edad:					
2.	Sexo:	\Box H	\square M			
				pequeños que Ud.?	□ Si	□ No
	•			□ No		
5.	Estudi	os:				

A continuación leerá una serie de preguntas sobre las capacidades de los niños. Le pedimos que nos indique a qué edad cree Ud. que los niños son capaces de hacer lo que se indica en cada pregunta. Conteste cada pregunta indicando la edad (en meses si lo encuentra necesario o en años). Piense en niños normales, ni muy adelantados, ni muy atrasados.

- adelantados, ni muy atrasados.

 1. ¿A qué edad cree Ud. que los niños, se mantienen sentados? (7.3-9.5)

 2. ¿A qué edad cree Ud. que los niños son capaces de comer solos?(14-20.5)

 3. ¿A qué edad cree Ud. que los niños empiezan a sonreír?(1-3)
- ¿A qué edad cree Ud. que los niños son capaces de dejar para más tarde la obtención de una recompensa?(36-60)
 ¿A qué edad cree Ud. que los niños aprenden a leer?(54-78)
- 6. ¿A qué edad cree Ud. que los niños tienen miedo de las personas que no conocen?(6-14)
- 7. ¿A qué edad cree Ud. que los niños se reconocen en el espejo?(15-24)
- 8 . A qué edad cree Ud. que les niñes es den suents de la sue sientes
- 8. ¿A qué edad cree Ud. que los niños se dan cuenta de lo que sienten otras personas?(30-48)
- 9. ¿A qué edad cree Ud. que los niños empiezan a ver?(0)
- 10. ¿A qué edad cree Ud. que los niños pueden controlar el pipí y la caca?(24-36)
- 11. ¿A qué edad cree Ud. que los niños pueden ir al colegio?(96-120)
- 12. ¿A qué edad cree Ud. que los niños pueden decir una mentira intencionadamente? (40-60)
- 13. ¿A qué edad cree Ud. que los niños empiezan a decir sus primeras palabras? (10-18)
- 14. ; A qué edad cree Ud. que los niños empiezan a sumar y a restar? (60-84)
- 15. ¿A qué edad cree Ud. que los niños reconocen a su madre?(2-4)
- 16. ¿A qué edad cree Ud. que los niños empiezan a andar?(12.5-16)
- 17. ¿A qué edad cree Ud. que los niños son responsables de sus acciones y decisiones? (84-120)
- 18. ¿A qué edad cree Ud. que los niños empiezan a decir "no"?(16.5-24)
- 19. ¿A qué edad cree Ud. que los niños son capaces de pensar en alguien o algo que está ausente? (9-24)
- 20. ¿A qué edad cree Ud. que los niños pueden contar hasta diez? (36-60)

Seguidamente figuran una serie de situaciones que pueden presentarse cotidianamente con un niño. Indique la edad (en meses si lo encuentra necesario o en años), a partir de la cual piensa que vale la pena hacer lo que indica la pregunta.

- 21. ¿A partir de qué edad le parece a Ud. que vale la pena consolar a un niño que llora?(0)
- 22. ¿A partir de qué edad le parece a Ud. que vale la pena contar historias a los niños?(12-18)
- 23. ¿A partir de qué edad le parece a Ud. que puede pedirle a un niño que ordene su habitación?(36-60)
- 24. ¿A partir de qué edad le parece a Ud. que vale la pena leer y mirar cuentos con los niños? (7-18)
- 25. ¿A partir de qué edad le parece a Ud. que puede pedirle a un niño le traiga un objeto que Ud. ha olvidado en su habitación? (18-36)
- 26. ¿A partir de qué edad le parece a Ud. que vale la pena empezar a explicar y razonar las cosas a los niños?(12-36)
- 27. ¿A partir de qué edad le parece a Ud. que se puede tomar el relato de un niño como un testimonio fiel de la realidad?(72-90)
- 28. ¿A partir de qué edad le parece a Ud. que puede pedirle a un niño que le ejecute una lista de compras en el supermercado?(84-120)
- 29. ¿A partir de qué edad le parece a Ud. que vale la pena jugar con los niños?(0-6)
- 30. ¿A partir de qué edad le parece a Ud. que vale la pena poner al niño en el orinal para que aprenda a controlar el pipí y la caca?(12-24)

Los resultados de nuestro estudio muestran que, en términos generales, las/os matronas/os tienen un porcentaje de aciertos alto sobre el desarrollo infantil en relación a la edad en que aparecen determinados comportamientos y en relación a la edad en que es oportuna una intervención del adulto. La tendencia general de las predicciones de los profesionales es correcta (según la media de sus respuestas) y optimista (según la moda): para la mayoría de las conductas se predicen edades dentro de los intervalos de edad esperados o se predicen edades menores de las que corresponden a las edades normativas propuestas por los especialistas en psicología del desarrollo.

Sin embargo, se dan algunas respuestas incorrectas con carácter pesimista. Es interesante señalar lo arraigada que está la creencia de que los recién nacidos no son capaces de ver, idea compartida por un alto porcentaje de profesionales de la muestra.

Los resultados nos sugieren también la importancia de las ideas previas en la formación de actitudes, en este caso de los profesionales de la sanidad. Y las actitudes en cierta medida, dirigen nuestra conducta, si bien, no la determinan. En efecto, una idea previa sobre el desarrollo evolutivo del niño hará que el profesional dirija sus esfuerzos en una cierta dirección. Por ejemplo, si consideramos que el bebé "no ve" hasta tanto no transcurren tres o cuatro semanas de vida extra-uterina, nuestra actuación con el recién nacido probablemente vaya más hacia estimularlo auditivamente, o tactilmente, que a estimularlo visualmente.

Los padres que se enfrentan a una situación nueva, con un ser que depende completamente de ellos y que les insta a tomar unas iniciativas para las que tal vez no se sienten preparados, se encuentran especialmente receptivos hacia cualquier tipo de información que les ayude a sentirse seguros en las decisiones que afectan al proceso de desarrollo de su hijo. La necesidad de buscar un apoyo orientador y tranquilizador y el carisma de experto que adquiere el profesional, le sitúan en el papel de educador aún cuando él no se lo plantee (A.A.V.V., 1990).

Consideramos, por tanto, que hay que fomentar la formación permanente de los profesionales que actualmente, de una u otra manera están en contacto con el niño en sus diferentes etapas del desarrollo, dado que las ciencias incorporan nuevos conocimientos a los que hay que adaptarse y que resultan importantes para cuidar especialmente los aspectos psicosociales que rodean el nacimiento de un ser humano.

Como se señala en el manual de Mª A. Rodríguez Rozalén (1997) la matrona de hoy día y sobre todo la de los próximos años debe ser un profesional cuyo perfil es muy distinto del de la matrona clásica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A.A. V.V. (1990). Guía para la salud infantil en atención primaria. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales.

Boletín Oficial del Estado (1992). Orden de 1/06/92 por la que se aprueba, con carácter provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). B.O.E. 132, 2/06/92.

Goodnow, J. J. (1988). Parent's ideas, actions and feelings: Models and methods from developmental and social psychology. Child Development, 59, 286-320.

Lightfoot, C. y Valsiner, J. (1992). Parental belief systems under the influence: Social guidance of the construction of personal cultures. En I. E. Sigel, A. V. McGillicuddy-DeLisi y J.J. Goodnow (Eds.). Parental belief systems: The Psychological consequences for children (2^a ed.), (pp.393-414). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Martí, E.; Guárdia, J.; Armada, A.; Castañón, G. y Chumillas, E. (1994). Ideas previas de una población universitaria sobre el desarrollo infantil. Anuario de Psicología, 62 (93-107).

Palacios, J. (1987). Las ideas de los padres sobre sus hijos en la investigación evolutiva. Infancia y Aprendizaje, 39-40, 97-111.

Rodríguez Rozalén, M. A. (1997). Manual práctico para matronas. Madrid: Libro del Año.



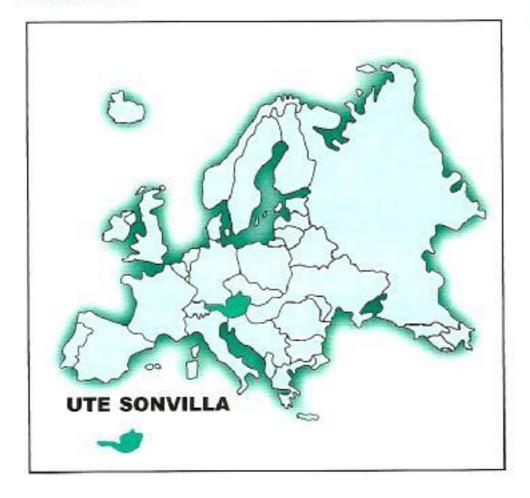
RESUMEN DE LOS INFORMES QUE APORTARON TODOS LOS REPRESENTANTES DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA

INFORME DE LA REUNIÓN ANUAL DEL COMITÉ DE ENLACE DE MATRONAS EUROPEAS. (ROMA-JUNIO, 1997)

MIEMBROS DEL COMITÉ

PAÍSES	CON VOTO	SIN VOTO	OBSERVADORAS
Austria	Ute Sonvilla		Noruega:
Bélgica	Geertruivan Brempt		Berit Holter
Dinamarca	Marete Larsen		Suiza:
Finlandia	Merja Kumpula	Asta Von Frenckell	Clara Bucher
Francia	Mª Nöelle Babel Remy		
Alemania	Chirtine Mändle	Lilo Edelmann	
Grecia	Heleni Samaritaki	Emily Nino	
Irlanda	Anna Monashan	Ann Martín	
Italia	Berta Comitini	Daniela Calistri	
Luxemburgo	Martire Welter	Mylene Krecke-Valentiny	
Países Bajos	Marion Borkent-Polet		
España	Mª Ángeles Rodríguez Rozalén	Gloria Seguranyes	
Suecia	Karin Gottvall	Kerstin Belfrage	
Reino Unido	Debora Hughes	Catherine Mc Cormick	

<u>AUSTRIA</u>



a representante de Austria explica que las diferencias existentes entre la actuación de la Matrona y las de la ayuda en domicilio están bien entendidas. La ayuda en domicilio está por lo regular, disponible si la madre paga por este servicio, a excepción de las multíparas que paran en su domicilio, que el costo de este parto es a cargo del Estado.

Siguiendo a una pregunta de Marion Borkent, la representante austríaca explica que las Matronas independientes pueden trabajar con un contrato dentro del territorio nacional de Salud o fuera de éste. Si ellas están bajo contrato, no pueden hacer pagar a las mujeres más que los precios convenidos. Las Matronas que no estén bajo contrato pueden exigir los honorarios que ellas estimen convenientes. Estas Matronas trabajan en las ciudades y vigilan sobre todo a aquellas mujeres, que pueden permitirse este nivel de cuidados personales.

Como respuesta a una pregunta sobre estar cubiertas por un seguro, indican que las Matronas independientes tienen negociado un seguro y no hay

SECCIÓN INTERNACIONAL

distinción entre las Matronas bajo contrato o sin contrato. La prima es muy razonable para las Matronas. Las Matronas asalariadas están cubiertas por el seguro de empleo.

Sería muy conveniente que la información concerniente a la cobertura del seguro, dentro de los diversos países, estén incluidos dentro de los informes nacionales para 1998. Como esto es de manifiesto interés para muchos países se podría pensar en una reunión para tratarlo.

BÉLGICA



La traducción del nuevo programa de formación ha creado dificultades para las Matronas que salen de las escuelas. Tanto por parte de las Enfermeras como de los hospitales que continúan prefiriendo a las antiguas Matronas, porque ellos pueden estar desplegadas en los servicios de enfermería. Esto a pesar de que las Matronas no desean trabajar como Enfermeras. Algunos hospitales no contratan a las nuevas Matronas, ello, podría crear un problema de credibilidad para las Matronas y poco a poco (gradualmente) ser remplazadas por las Enfermeras. Afortunadamente la legislación actual exige la presencia permanente de, al menos, una Matrona en el servicio de partos (en la sala de partos).

El Instituto Nacional del Seguro de Enfermedad e Invalidez está a favor de los nuevos avances y de mejorar los reembolsos de muchos de los actos de las Matronas. Pero el Ministerio de Sanidad, responsable del empleo del personal hospitalario, no está a favor de la actual situación y preferiría continuar empleando a Enfermeras - Matronas.

El Ministerio de Sanidad organizará en Octubre una mesa redonda.

El Comité está contento de constatar que

Bélgica ha nombrado finalmente un representante para el Comité Consultivo. Pero esto no se ha hecho hasta el final del segundo año, en un término de tres años, y no ha habido representante belga en el grupo de trabajo.

DINAMARCA



Las Matronas danesas se felicitan por haberse opuesto a los obstetras en la utilización del ultrasonido. La Oficina Nacional de la Salud está de acuerdo con las Matronas en que los ultrasonidos de rutina no se deberían practicar ya que no existe ningún estudio que demuestre sus ventajas. Los ultrasonidos se utilizan solo si es necesario. Está recomendado no aplicar más de dos o tres ultrasonidos y únicamente por razones médica. La representante griega explica que en Grecia se fomenta esta práctica con un uso elevado del ultrasonido y algunos obstetras ofertan sus servicios sobre la base de que ellos tienen el último modelo de ultrasonido y pueden ofrecer las mejores imágenes. Seis ultrasonidos por embarazada es bastante común. También en Austria muchos obstetras sobre todo de las últimas promociones, utilizan el ultrasonido para "vigilar" el feto. A la pregunta de saber cómo las Matronas pueden influenciar la práctica de los médicos, M-L. dice que las mujeres consulten primero a una Matrona. Esto limita la práctica de los tocólogos. K.G. explica que las mujeres insisten a menudo para que las hagan un "ecoultrasonido". En el Reino Unido MIDIRS en colaboración con el departamento de Sanidad ha publicado una serie de boletines de información, incluyendo uno sobre los ultrasonidos (las ecografías): Podría ser útil que cada país produjera su propia información. Un vídeo acompañando los boletines de información también podría ser válido.

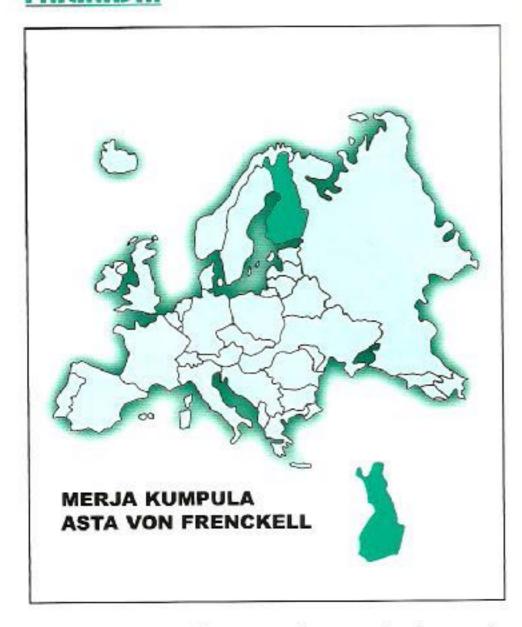
La representante española también felicita a Dinamarca por su programa de enseñanza. Es un pro-



grama de dos años, en danés, comprendiendo un primer año a tiempo parcial. Esta calificación podría llevar a investigar actividades o dedicarse a la enseñanza.

M.L. explica que la elección de las mujeres por una maternidad está establecida según los factores de riesgo identificados a lo largo de la consulta prenatal inicial y durante el seguimiento y cuidado de su embarazo.

FINIANDIA



Continua la inquietud expresada durante la reunión del pasado año sobre el empleo de Enfermeras de Salud pública en la vigilancia prenatal. Se envió una carta al Ministerio de Sanidad, a la Asociación Finlandesa de autoridades locales y al Ministerio de Educación. La Asociación Finlandesa de autoridades locales nos envió una carta fechada el 27 de Febrero. Una copia de la enviada a Dormre Taxbol el 12 de Junio está a disposición. Del Ministerio de Educación no se ha recibido ninguna respuesta. Merja Kumpula ha participado en una reunión en el mes de Mayo. Nadie niega que la situación descrita sea la realidad, pero los puestos están cubiertos por Enfermeras de Salud pública y esto es una responsabilidad de las autoridades locales. Un grupo de trabajo, compuesto por Matronas y cuyo mandato había terminado, ahora ha vuelto a restablecerse, pero no tendrá que hacer un informe hasta el año 2000.

Hay el compromiso de hacer un estudio para evaluar la calidad en el cuidado prenatal.

FRANCIA



En el contexto del desarrollo del papel de la Matrona, como experta en el parto eutócico, M-N B-R explica que la Matrona francesa está en una posición difícil y parece más atraída por las actividades de alta tecnología, tales como "perfusión" intravenosa o PH fetal, tocología interna, etc. Esto la pone en una posición de auxiliar obstétrica más que de Matrona. La Matrona parece no entender que la introducción de esta tecnología, si ésta es inapropiada, puede entrañar complicaciones y dar un falso sentido de seguridad. Las Matronas que creían estar respaldadas por sus colegas médicos, están comenzando a darse cuenta que este no es el caso y que ellas son las verdaderas responsables de cuanto hacen o eligen no hacer.

Las colegas británicas han experimentado una situación parecida y se han visto interpeladas por la introducción del "cambiando el nacimiento de los niños" cuando han tenido que reaprender las técnicas que habían olvidado y que ahora necesitan para demostrar su competencia.

Se ha descrito el proyecto piloto que debutó en Grenoble hace algunos años, en cuyo marco los estudiantes de Matronas seguían un primer año común con los estudiantes de medicina y odontología. Los estudiantes con mayor éxito y con mejores notas, tienen prioridad para elegir cual de las tres disciplinas desean continuar. Probablemente aquellos estudiantes que no tengan tan buenos resultados, no puedan obtener una plaza para los estudios e su elección y deban optar por una disciplina que ellos no habrían elegido si hubieran tenido mejores resultados (notas). La experiencia nos muestra, que estos estudiantes que escogen Matrona, harían mejor en interrumpir los estudios antes que completarlos.

ALEMANIA



Los centros de nacimientos alemanes son ampliamente discutidos. Una red de centros de nacimiento, se ha abierto en Alemania. La creación de esta red proviene de la insatisfacción experimentada por algunas mujeres debido a la sobremedicalización del embaraza y del parto. Los creadores de estos centros tienen la intención de dictar a las Matronas el tipo de cuidados que ellas pueden proporcionar. La calidad es mediocre y los resultados de estos centros, no son buenos, comparados con las estadísticas nacionales de los partos dentro del medio hospitalario y la Asociación médica alemana, se opone a su existencia.

El comité estima, que los centros de nacimiento, son deseables para partos normales y si son llevados (atendidos) por las Matronas que se ocupan de la vigilancia y el cuidado completo a la embarazada, si bien un personal administrativo, puede asegurar la organización no- médica de estos centros.

La Experiencia, noruega demuestra, que los centros de nacimiento gestionados por Matronas, tienen los mejores resultados posibles, si la selección de las mujeres es apropiada. Las colegas suecas están complacidas de tener las conclusiones de sus colegas noruegas, porque están al corriente de los estudios que parecían indicar una pequeña tendencia, aunque no estadísticamente significativa, de la mortalidad perinatal en estos centros. C.M.L, indica que han sido publicados los documentos. Uno titulado "Born at home" (nacimiento en casa) y el otro que un documento del departamento de sanidad que indican que las unidades dirigidas por Matronas tienen resultados superiores a los otros centros de nacimiento.

El Comité desea recibir cualquier información disponible sobre el tipo de centros de nacimiento que existe en Alemania. El aviso general es que la sección de las mujeres es capital para obtener buenos resultados y es importante que las Matronas tomen sus propias decisiones. Las personas no cualificadas comprendiendo a las propias mujeres, no están a menudo preparadas para tomar las decisiones necesarias.

GRECIA

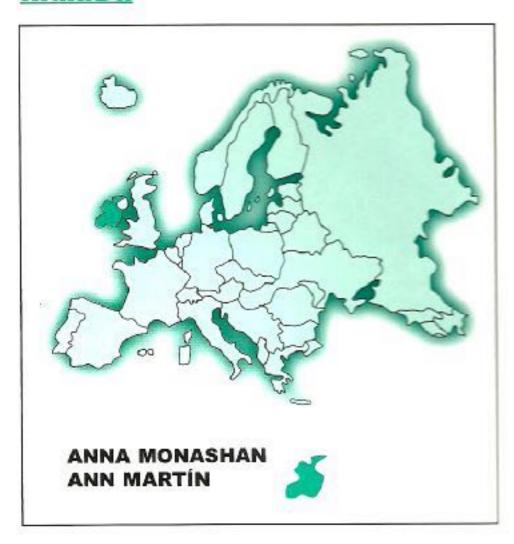


Los directivos europeos no exigen que las profesoras Matronas practiquen en los hospitales y supervisan a los estudiantes durante sus estudios. Por tanto si las Matronas que enseñan no practican, tendrán progresivamente más dificultades para vigilar o supervisar a los estudiantes de forma efectiva.

G.S. la representante española desea saber quien valida los cursos de Matronas y si las asociaciones de Matronas participan en el proceso. Debería haber un acuerdo entre asociaciones profesionales y el Ministerio de Educación, pero éste no toma en consideración estas proposiciones. Las Matronas pueden hacer partos en los hospitales de distrito, pero no en los hospitales universitarios. En la legislación actual es, sin embargo muy favorable para las Matronas, y por ello ha surgido la cuestión de saber quén es responsable de la ausencia de una práctica aceptable para la Matrona. De hecho, las Matronas ponen pocas pegas ya que tienen miedo a perder sus trabajos.

M.B. sugiere que ya que el problema griego es más una cuestión de salud pública, el Comité podría comunicar con la Dirección Europea y el Colegio de Obstetricia y Ginecología para ver si se puede ejercer una presión sobre los colegas griegos. Aunque H. S. Es de la opinión que un proyecto de investigación tendría que realizarse para identificar el problema, el Comité no tiene tal clase de autoridad y es indispensable tener los datos precisos antes de escribir una carta.

IRLANDA



Las siete escuelas de Matronas se van a integrar en el sector de educación superior. Esta transferencia estará completada para finales de 1998. Todos los estudiantes de Matronas obtendrán pues, un diploma de educación superior al término de sus estudios.

La legislación referente a las Enfermeras y por consiguiente a las Matronas, debe ser revisada. Las Matronas han guiado una importante campaña, pero el Ministerio de Sanidad ha vuelto a llevar la legislación y que tengan lugar las elecciones del Consejo de Enfermería. Nosotros tenemos ahora un gobierno nuevo. En febrero de éste año las Enfermeras y las Matronas han estado al borde de hacer una huelga, pero los servicios de urgencia -y éstos incluyen las maternidades- no habrían sido afectados.

Una mejora salarial y la puesta en marcha de una comisión de investigación presidida por M.C. jueza del Tribunal Supremo, paralizó la huelga. Esta Comisión tiene 6 miembros Enfermeras y otros 6 miembros que representan a tres profesiones sanitarias. Ya se han celebrado reuniones por todo el país y subcomisiones de opinión han sido invitadas. El análisis de estos documentos comenzará el Lunes. N.C. tiene la reputación de alguien que no hace las cosas a medias y hará un informe dentro de nueve meses. Las autoridades tienen ya decidido aprobar las decisiones de la Juez Carroll.

No hay, en el seno de esta Comisión ninguna Matrona, pero las Matronas, esperan que el importante número de sumisiones escritas serán suficientes para demostrar sus puntos.

Los servicios de salud maternal e infantil que emplean a Matronas y generalistas acaban de ser revisados en un documento publicado. Un programa MASTER, abierto para toda Matrona y que satisfaga las condiciones de acceso acaba de ser aprobado en el Colegio Trinity, Dublín.

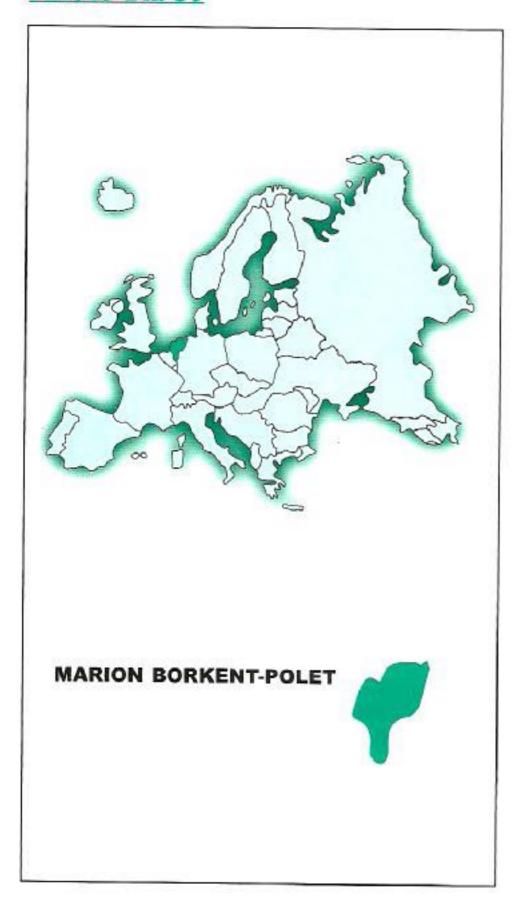
ITAUA



La nueva legislación ha sido aprobada en Julio de 96 y estará vigente asta Noviembre del 97. Todos los estudiantes Matronas obtienen ahora una licenciatura universitaria. Por el momento, la experiencia del programa de estudios implantado es muy positiva. Los estudiantes parecen haber adoptado la filosofía del papel de la Matrona. Si bien el programa post-formación de prácticas de enfermería era bueno, los estudiantes estaban más orientados hacia los aspectos patológicos de la atención.

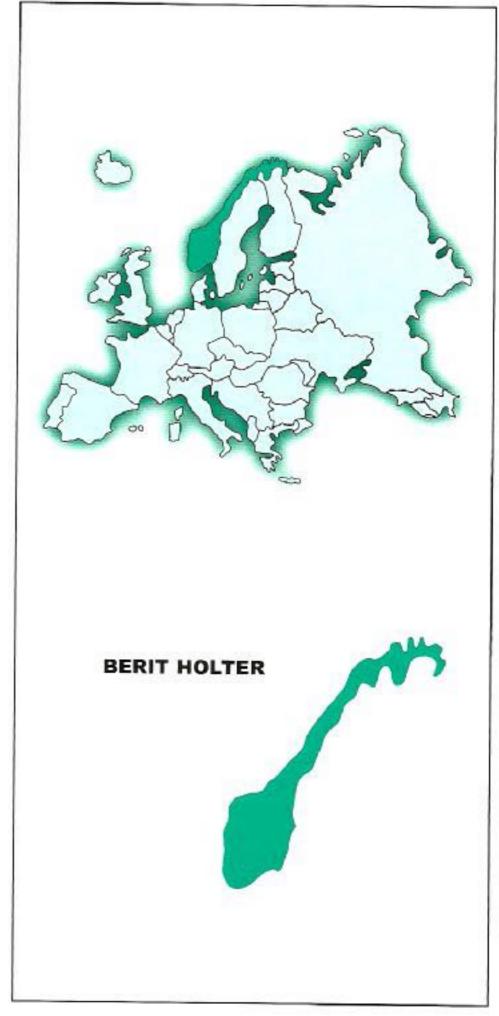
Las Matronas, ahora son también miembros de los tribunales de exámenes y mesas de evaluación. Las universidades han fijado el número de estudiantes según las necesidades de la población local. Los miembros del Comité no están al corriente del perfil Enfermero-Matrona realizado por la OMS y cuestionado en el informe de Italia. La Sra. Calistri explica que el Ministerio recibió en 1995 los cuestionarios de la OMS pero que éstos fueron enviados a su organización. El perfil parece investigar las actividades actuales de las Enfermeras y de las Matronas, más que lo que una Enfermera y una Matrona deben hacer.

PAISES BAJOS



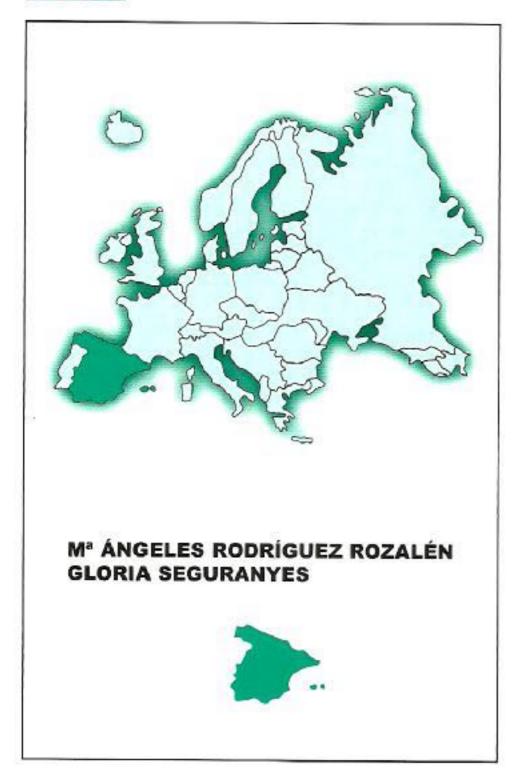
A una pregunta de B.H. sobre la forma en que las Matronas holandesas han utilizado los fondos puestos a su disposición, M.B. explica que la mayor parte de estos fondos aún no se han tocado pues están analizando la mejor manera de gastar estos recursos. La producción de un folleto informativo y de un vídeo así como, el reclutamiento de cinco Matronas encargadas de poner a punto un sistema de evaluación de la calidad de los cuidados, ha costado ya un poco de dinero. La puesta a punto de las normas sobre la calidad de los cuidados también va a ser analizada. Instituir los modelos de cuidados, también tiene que ser examinado. Ejemplos de área de cuidado, el contenido de la visita inicial, la política de prescripción durante el embarazo, solo son los ejemplos de tipo de actividades que podrían ser analizados en el marco de puesta a punto de las normas.

NORUEGA



337 Matronas para 191 puestos, significa que no hay bastante trabajo para las Matronas y que paradógicamente las mujeres no tienen acceso a las Matronas. Pero debido a que hay muy pocas Matronas independientes en Noruega, solo las mujeres de clase pudiente pueden permitirse este tipo de vigilancia, por otra parte, los servicios de maternidad en Noruega son gratuitos, y ellas no están por la labor de intentar procurarse los servicios más caros de una Matrona independiente que no serán reembolsados por las compañías de seguros médicos.

ESPAÑA



La Asociación Nacional de Matronas entiende imprescindible establecer programas de formación continuada para Matronas. A tal efecto busca los recursos para su realización. Las Matronas españolas han realizado una labor educativa hacia las madres muy importante, a través de la Asociación, que ha publicado un libro para la mujer embarazada. El 82% de las mujeres encinta han tenido acceso a esta publicación. (Los Consejos de tu Matrona).

Las Navidades del año pasado, las Matronas españolas diseñaron un gorrito pequeño (regalo de la Matrona) para los recién nacidos. Esto forma parte de una labor educativa y de campaña de imagen. Como hay 6 asociaciones de Matronas en España, G.S. explica que tres de ellas son reciente creación y las otras son la Asociación Nacional, la Asociación Gallega y la Asociación Catalana, las Matronas han decidido que la creación de una Federación de Matronas sería una buena cosa para asegurar y mejorar la comunicación de las informaciones útiles, así como, para establecer una posición inicial en las negociaciones frente a los Obstetras y Enfermeras.

SUECIA



Dos puntos a añadir en el informe sueco. Todas las mujeres encinta ven a una Matrona, y ésta cuida de la mujer durante todo su embarazo. Sin embargo, no todas las mujeres tienen acceso de los cuidados a domicilio si van pronto al hospital.

Hay 5000 Matronas para 1300 obstetras. Demasiados estudiantes para Matronas y su tasa de desempleo es ahora del 5%, lo que constituye un fenómeno nuevo. Prácticamente todos los partos tienen lugar en el medio hospitalario. El Congreso sobre nacimiento en casa tendrá lugar en Suecia el año próximo.

El Dr. Waldestorn es el primer profesor Matrona, en la universidad de Australia, tiene ahora 4 o 5 profesoras en el Reino Unido y 4 en Australia; pero si los cursos de profesorado no están aún disponibles en Suecia, los puestos de profesor serán muy difíciles de obtener.

Las Matronas son miembros del Consejo Científico Sueco por vez primera, y se regocijan de una colaboración intensa. Las asociaciones profesionales tratan de ejercer una influencia sobre la reducción de las intervenciones durante su trabajo, particularmente la optimización del trabajo y las epidurales. Hay tres unidades maternales gestionadas por Matronas, dos en Gothemburg no fusionadas con grandes hospitales y en el futuro la de Estocolmo que ya es una realidad.



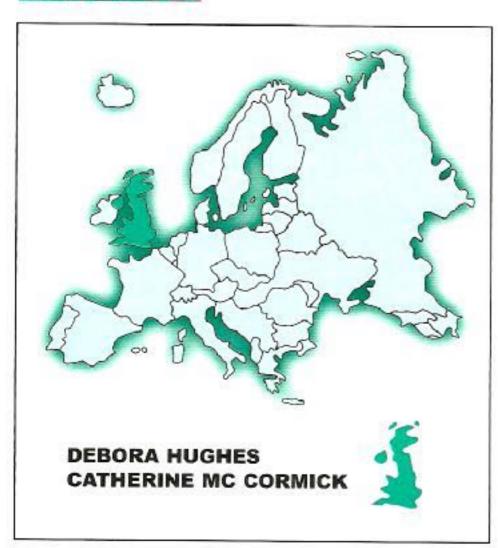
SECCIÓN INTERNACIONAL

SUIZA



El informe deja entrever, la posibilidad de que el Comité suizo ayuda a sus colegas a mantener el status médico. Sin embargo, el status no puede por sí mismo permitir o impedir a una Matrona su práctica y el Comité sugiere pues que sería aconsejable que las colegas de los países que comparten tal status, compartan sus experiencias entre ellos antes que con el Comité.

REINO UNIDO

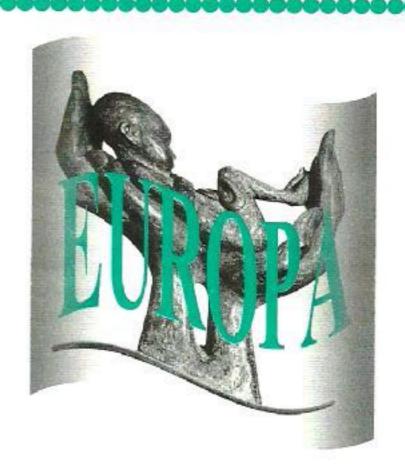


D.H. y C.M. explican el problema de los seguros profesionales para las Matronas independientes. La mayoría de las Matronas están empleadas dentro del servicio nacional de la salud y están por tanto cubiertas por el seguro de su empleo. Las Matronas independientes han estado siempre cubiertas por el seguro personal que acompañaba la inscripción como miembro del RCM. Recientemente las primas han subido considerablemente, después de un litigio contra dos Matronas. Las compañías de seguros hacen ahora una distinción entre Matrona empleada y Matrona independiente. Ha habido una votación por los miembros del RCM para decidir si la mayoría estaba dispuesta a asumir el cargo de la cobertura de las Matronas independientes; pero esto ha sido rechazado y el RCM ha tenido que retirar la cobertura para las Matronas independientes. Es importante tomar nota que la prima del seguro de las Matronas independientes habría costado un suplemento de 600.000 Libras para 50 Matronas independientes.

Este es un problema difícil y contencioso en el Reino Unido. Es importante que los otros Estados miembros sean conscientes del hecho, que las compañías de seguros hacen ahora una distinción entre Matronas empleadas y Matronas independientes, tan pronto como una sola Matrona esté implicada en un procedimiento legal.

Se reitera el hecho de que toda información relativa a las coberturas de los seguros para Matronas independientes y al efecto de procedimientos legales podrían ser puestas a disposición de todas. Francia ha tenido en mismo tipo de problema. De hecho tras una reunión precedente, el Comité había sido informado de que las compañías de seguros no estaban dispuestas a cubrir a las Matronas para los partos a domicilio.

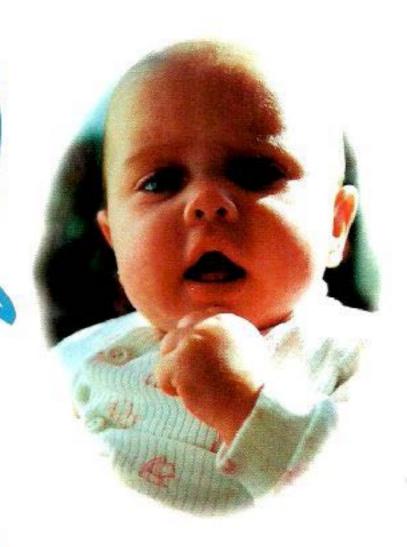
*Real Colegio de Matronas



<u>NUEVA SECCIÓN</u> MATRONAS EN SU TRABAJO

PODEIS LLAMAR AL TELÉFONO: 501-05-09 6 908-81-11-57 SOLICITANDO REPORTAJE DE VUESTRO CENTRO, PARA PRÓXIMOS NÚMEROS.

"Toi pensando que "Matronas hoy" e una devista etupenda.
Pedo... me parece que si tuvieda ma fotos, de mucha, mucha matonas, estadia ma bodita"





" Ya tá. Se lo voy a deci a mi abelita"

"Lo he adeglado ya.

Mi abelita me ha dicho
que se va a poné en marcha
una sección nueva pada que
se incluyan deportajes de las
Matronas desde su tabajo.

O sea, pada que cuenten sus
pobemas y toda sus cosas,
y nos manden fotos
¡ Ay que bodito va a ser ahoda!"



