

matronas hoy

NUEVA ETAPA

REVISTA DE LA ASOCIACION DE MATRONAS

Nº 12 - 2ª ETAPA, I TRIMESTRE, 1999

25th

**TRIENNIAL CONGRESS
OF THE INTERNATIONAL
CONFEDERATION
OF MIDWIVES**

22-27 May 1999 Manila, Philippines



**MIDWIFERY AND
SAFE MOTHERHOOD
BEYOND THE YEAR**

2000

HOST:



**DELEGACION ESPAÑOLA
ORGANIZA: LA ASOCIACION
NACIONAL DE MATRONAS**



S T A F

Dirección

Mª Angeles Rodríguez-Rozalén

Asesoras

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

Consejo de Administración

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

Deposito Legal: 19.000/83

Edita: Asociación Nacional de Matronas

SUMARIO

- Punto de vista. *Pág. 5*

- Consecuencias del tratado de Maastrich sobre la paternidad. *Pág. 6*

- Los adolescentes y su sexualidad. *Pág. 12*

- Algunos apuntes sobre la anorexia mental. *Pág. 18*

- Papel de la matrona en el nuevo concepto de salud y medicina de la mujer. *Pág. 23*

- Las matronas y la terapia craneo-sacral. *Pág. 29*

- Fitoterapia y medicina natural. *Pág. 32*

- La asociación informa. *Pág. 46*



VII CURSO SOBRE “NUEVAS PERSPECTIVAS DE LA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Sevilla, Noviembre de 1999

TEMAS

SIDA:

Etimología, mecanismo de contagio y diagnóstico.
Transmisión vertical, estrategias de reducción de riesgos.
Drogadicción y embarazo.
Hepatitis y embarazo.
Cuidados y control del recién nacido de madre HIV positiva. Seguimiento.
Síndrome de abstinencia por drogas en el recién nacido.
Consejo reproductivo: SIDA, reproducción y hepatitis.

SANGRE DE CORDON COMO PRECURSORA DE CELULAS MADRES PARA TRASPLANTE DE MEDULA.

Perspectivas futuras.
Inyección intracitoplasmática de espermatozoides y de células testiculares.
Ventajas e inconvenientes del diagnóstico prenatal.

SUELO PERINEAL.

Indicaciones de la episiotomía. Tipos. Ventajas e inconvenientes.
Parto instrumental y riesgo perineal a corto, medio y largo plazo.
Diferentes técnicas de sutura. ventajas e inconvenientes.
Rehabilitación del periné.
Incontinencia urinaria.
Cirugía reparadora.

INFORMACION E INSCRIPCIONES.

Encarna Juárez
Secretaria Departamento de Obs tetrícia y Ginecología.
Hospital Materno-Infantil, Planta 5ª.
Teléfono y fax: 91 390 83 76





**El efecto 2.000 en los ordenadores se podrá conegir.
El efecto 2.000 en las Matronas tendrá consecuencias imposibles de resolver, con anterioridad.**

Desde hace unos días, diversos medios de comunicación se empeñan en señalar el día 1 de Enero del 2.000, como una fecha especial para dar a luz, sin justificar la bondad del evento en fecha tan singular.

No creo que Hacienda piense tratar de forma excepcional a los ciudadanos nacidos en la mencionada fecha.

Tampoco parece probable que el parto pueda ser muy diferente a la media general. Es decir, que no se produzca, milagrosamente, por un toque de "cañita mágica".

Ni siquiera tendrá ningún beneficio en cuanto a la realización del servicio militar (ya no es obligatorio en esa fecha).

Presumiblemente, puede plantearse un problema grave en cuanto a que, en la actualidad, no disponemos de recursos humanos suficientes que puedan garantizar la asistencia adecuada, a lo que podría ser una avalancha de parturientas.

En los últimos años el número de nacimientos se mantiene en torno a los 355.000 / año. La mayor parte de ellos, a excepción de los de adolescentes, se suelen programar según la conveniencia de la pareja, pero los intereses de cada caso son tan diversos que no coinciden nada más que en los que se conciben en período vacacional. De tal manera que los nacimientos se distribuyen a lo largo del año de forma casi homogénea.

Si todo sucede como imagino muchas mujeres pretenderán tener a su retoño el día 1-1-2.000 y esto, puede desviar la demanda asistencial desde el 15 del XII del 99 hasta principios de Enero del 2.000, a cifras imposibles de asumir.

La única posibilidad de aliviar el problema sería el "acuatelamiento" de todas las Matronas de España y al mismo tiempo reservar camas para Obstetricia 3 ó 4 semanas, alrededor de la fecha mítica del cambio de milenio.

M.ª Angeles Rodríguez



ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS UTILIZADOS POR LAS MATRONAS EN EDUCACIÓN PARA LA MATERNIDAD EN LOS DISTINTOS CENTROS DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Coordinadoras: Matilde Fernandez y Fernandez Arroyo (Matrona. Area 10. Profesora Unidad Docente Matronas Madrid)

M^a Isabel Sánchez Perruca (Matrona. Jefa de Estudios. Unidad Docente de Madrid)

Autoras: (Residentes de Matrona de 2º año, 1997. Unidad Docente de Madrid),

Blanco Calvo, M^a Luisa Gutierrez Ruiz, Laura

Cenfor Gutierrez, Magdalena Heras Herraiz, Clara Isabel M^a

Díaz Blasco, Juan Martínez Torres, M^a Cruz

Elena Rodríguez, Ameli Pardeiro Lopez, Susana

Gonzalez Reja, Rosa M^a Sánchez Benavides, M^a Flor

Correspondencia: M^a Isabel Sánchez Perruca. Jefa de Estudios Unidad Docente de Matronas de Madrid. E.U.E. "La Paz".

Paseo de la Castellana 261. 28046 Madrid.

Este trabajo fue presentado en el Congreso Hispano-Luxo organizado por la "Asociación Nacional de Matronas" en Madrid los días 27, 28, 29 de noviembre de 1997.

RESUMEN

Dentro del campo de Educación para la Salud, la Educación Maternal es especialmente importante por su directa repercusión en la salud integral de la mujer y de su hijo.

Los objetivos que se plantean en este trabajo son; conocer las características de la población que atienden las matronas de la Comunidad de Madrid, así como las características de los programas que imparten y las técnicas que enseñan. Del mismo modo se han relacionado los programas con las características socioculturales de la población, y se ha estudiado la repercusión de las cargas de trabajo en dichos programas.

La población de estudio han sido todas las matronas de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (172). Los datos se obtuvieron mediante cuestionario de elaboración propia que fue enviado por correo a cada una de las matronas.

En el 48% de las encuestas recibidas obtenemos que; las matronas atienden a una población mayor que la recomendada por el Insalud. Realizan otras actividades grupales además de la Educación Maternal. El 100% realiza el segundo nivel de Educación Maternal y la mayoría de las matronas utilizan un método de evaluación.

Destaca la uniformidad en cuanto a los temas que se imparten, técnicas que se realizan, la metodología utilizada y los recursos empleados.

PALABRAS CLAVE

Educación Maternal, Psicoprofilaxis Obstétrica, Métodos de relajación y respiración, Parto sin dolor, Gimnasia Maternal, Preparación al parto.

INTRODUCCION

Consideramos la Educación Maternal una parte de la Educación para la Salud que está dirigida a facilitar los conocimientos necesarios para establecer acciones de autocuidado y por tanto adquirir responsabilidad en la mejora del mantenimiento de la salud de la mujer durante el período de embarazo, parto y puerperio. De forma que el campo de acción de la matrona dentro de la



Atención Primaria de Salud, día a día, se va ampliando, tanto por la inquietud de las propias profesionales, como por la demanda de la sociedad.

Este trabajo es el análisis de los programas de Educación Maternal que imparten las matronas de los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid y para ello nos planteamos:

a) Hacer un estudio descriptivo de las características de estos programas, de la población que atienden estas matronas, de sus cargas de trabajo, con los siguientes objetivos:

- Conocer las características de la población que atiende la matrona.
- Conocer las cargas de trabajo de la matrona.
- Conocer los programas de Educación Maternal que imparten.
- Conocer las técnicas (respiración, relajación y ejercicios) con que trabajan.

b) Analizar si estos programas se ven afectados por el tipo de población y las actividades profesionales que las matronas llevan a cabo con los siguientes objetivos:

- Analizar como el tipo de población, urbana o rural, influye en las características del programa
- Analizar como el nivel socioeconómico predominante en la zona básica de salud afecta a dichas características.
- Analizar como influyen las cargas de trabajo de la matrona en el desarrollo del programa de Educación Maternal que se imparte en cada área de salud.

No se ha encontrado ningún estudio de similares características en España.

Si se registra en Medline, encontramos un artículo sueco realizado por matronas que establece comparación entre varios métodos de Educación Maternal

MATERIAL Y METODO

La población de estudio han sido todas la matronas de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, para aumentar la validez en caso de imposibilidad de recogida de datos debido a que el número de matronas es inferior a 200.

Para nuestro estudio diseñamos un cuestionario de elaboración propia, con 38 preguntas cerradas, dicotómicas unas, y de respuesta múltiple jerarquizada, otras. Cada pregunta consta de varios items que tienen un recuadro a la izquierda para señalar con una X. En caso de tener varias respuestas, se marcarán todas las opciones necesarias.

Las preguntas del cuestionario fueron agrupadas por categorías: características de la población, características del programa de Educación Maternal y características de las técnicas utilizadas.

Junto con el cuestionario, se envió a las matronas una carta de introducción en la que presentabamos brevemente el trabajo. Explicando el propósito del mismo y pidiendo su colaboración, dejando perfectamente claro que se trataba de un trabajo científico.

Al mes de enviar el cuestionario se realizó un refuerzo contingente (llamada telefonica) para reducir la pérdida de muestra.

Los datos fueron analizados con el programa Epi-Info en colaboración con la Unidad de Investigación y Estadística del Hospital "La Paz" y el profesorado de la asignatura de Investigación de la Unidad Docente de Matronas de Madrid.

RESULTADOS

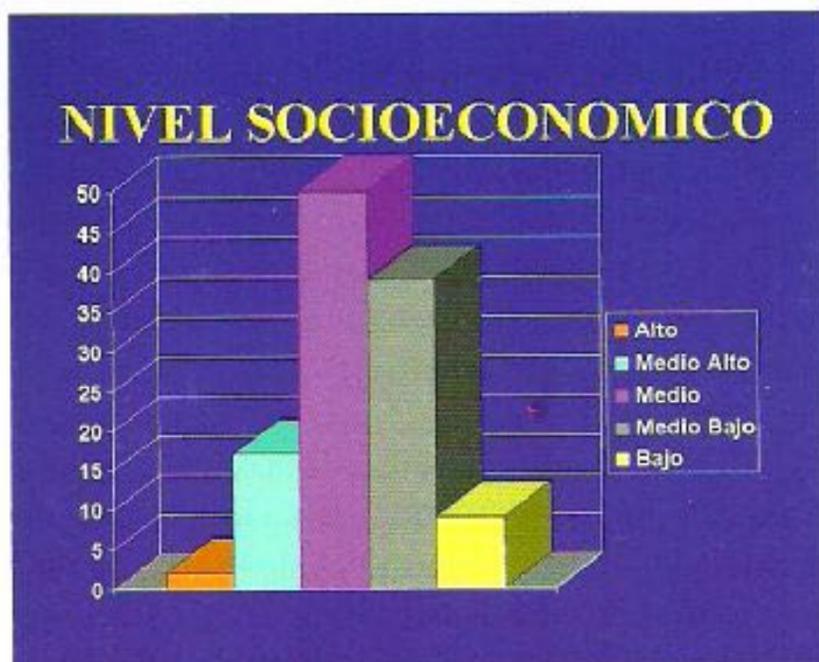
Fueron enviados 172 cuestionarios, de los cuales fueron recibidos 82, es decir el 48% de ellos, sobre los que se realiza el análisis de nuestro estudio.

De todas las encuestas recibidas un 18,3% no identifica el área a la que pertenece; siendo el área más indicada la 8 seguida de la 10 y la 9.

A) Estudio descriptivo:



El 69,5% de la población pertenece al área urbana y el 30,5% al área rural. En cuanto al nivel socioeconómico, en 35 de las encuestas recibidas las matronas atienden mujeres de distinto nivel, perteneciendo mayoritariamente al nivel medio 50 de ellas, y al nivel medio bajo 39.



El total de la población a cargo de la matrona se encuentra en un 41,8% entre 7.000 y 14.000 habitantes.

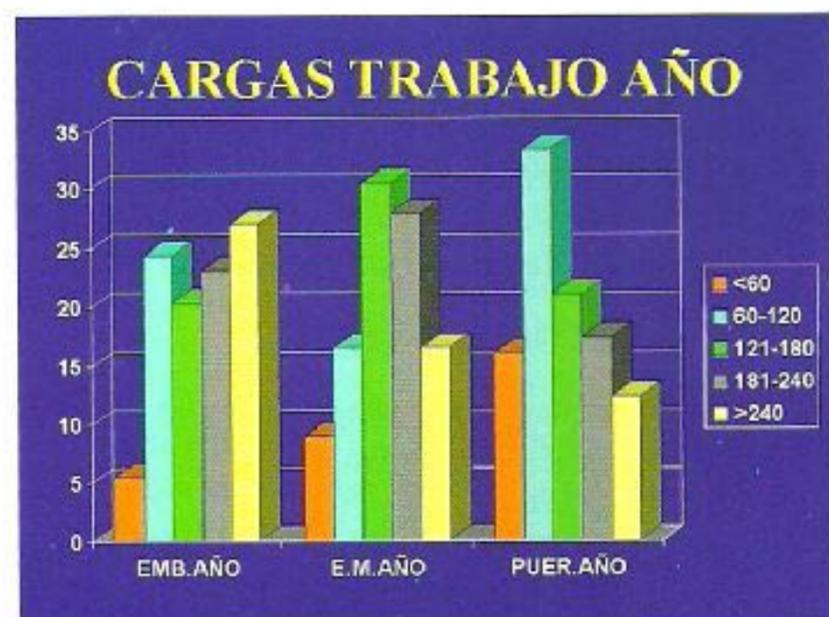
Un 68,3% de las matronas tienen asignada un número de mujeres en edad fértil entre 3.500 y 10.500.



Un 27% de las matronas atiende a más de 240 embarazos al año, un 23% entre 181 y 240, un 20% entre 121 y 180, y un 24% entre 60 y 180 e inferior a 60 el 5,4%.

En número de mujeres incluidas en Educación Maternal está en relación con el número de embarazos que ve cada matrona, siendo mayor el número de mujeres en el grupo de matronas que tiene al año entre 121 y 240 nuevos embarazos.

El seguimiento del puerperio lo realizan en mayor número las matronas que tiene entre 60 y 120 embarazos nuevos al año, disminuyendo el control del puerperio a medida que el número de embarazos es mayor.



La media de consultas por día que realiza cada matrona es, entre 5 y 10, el 40,8% de las mismas, y entre 11 y 15, el 19,7%. (Tabla: I)



En cuanto a las actividades que realizan en consulta, más del 60% realizan citología, planificación familiar, seguimiento de embarazo, seguimiento de lactancia y seguimiento del puerperio. La exploración que menos realizan es la exploración de mama, un 35,3%. (Tabla: II)



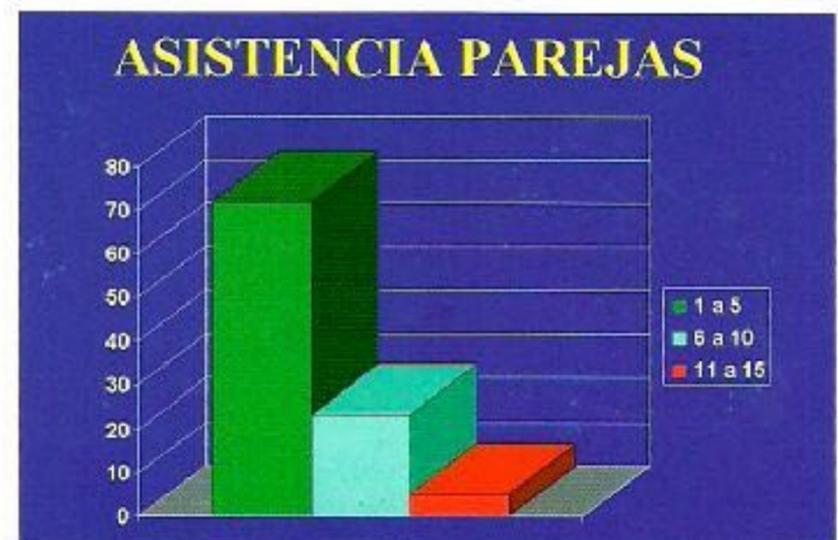
Dentro de las actividades grupales en Educación para la Salud un 53,7% realiza Educación Maternal y un 46,3% trata además otros temas.



En Educación Maternal el 79,3% de las matronas siguen siempre el mismo programa, siendo el porcentaje mayor las que utilizan el programa del área (67,1%) seguido del programa del Insalud (40,2%)

El 100% de las matronas imparten el segundo nivel de Educación Maternal, siendo un elevado porcentaje el que imparte el primer nivel, un 72%; así como el tercer nivel un 75,6%.

Dentro de las matronas que imparten el primer nivel (antes de la 28 semana), el 83,9%, imparten entre una y dos sesiones, el 8,3%, entre 3 y 4, y el 7,1%, imparte más de 4 sesiones. Las matronas que imparten el tercer nivel (postparto), el 51,7%, imparten entre una y dos sesiones, el 35,7%, entre 3 y 4 y más de 4 el 12,5%. El segundo nivel (a partir de la 28 semana) es impartido entre 7 y 10 sesiones en un 81%, más de 10, 13,5% y menos de 7, el 5,4%.



Los temas que se imparten en el segundo nivel (que es el que realizan el total de las matronas) son muy uniformes.



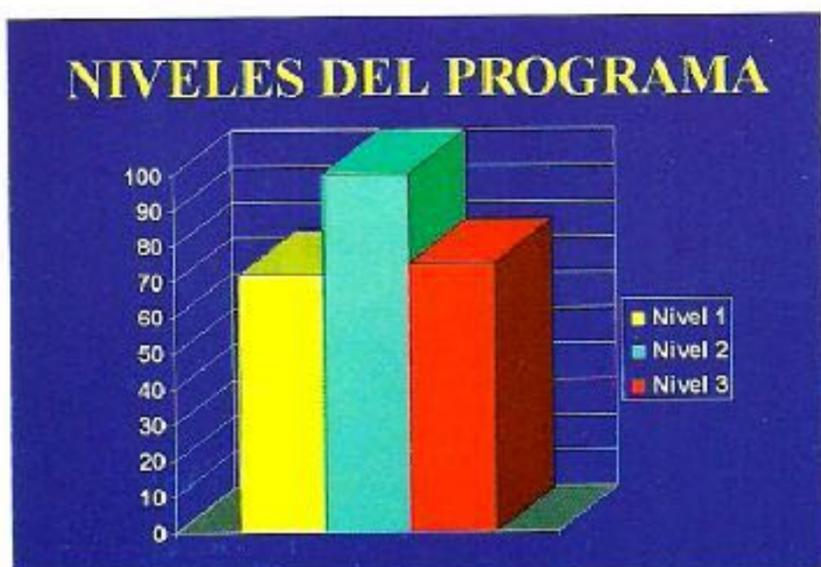
En cuanto a la metodología que utilizan, la más frecuente es la charla-discusión, un 87,7%; discusión sobre experiencias, un 84%; demostración, un 74% y entrenamientos, un 69%.

Los recursos prácticos utilizados están en relación con la metodología, usando el video-TV un 97,6%; las colchonetas, un 98,8%; pizarra, un 82,8%; folletos, un 74,4%; y fotocopias, un 70,7%.

La mayoría de las matronas utiliza dos horas en cada sesión, dedicando la mitad del tiempo a charla-discusión y la otra mitad a técnicas. A estas sesiones acude por término medio de 11 a 15 mujeres.



Aunque el 95,1% de las matronas contemplan la asistencia de la pareja a las sesiones, la participación es en el 72% de los casos de 1 a 5 parejas.



Las sesiones de Educación Maternal son impartidas en horario de mañana en el 54,9% de

los casos, en turno de tarde el 17,1%, siendo un 28% de las matronas las que contemplan la flexibilidad en el horario.



Merece destacar que un 62,2% de las matronas utilizan algún método de evaluación.

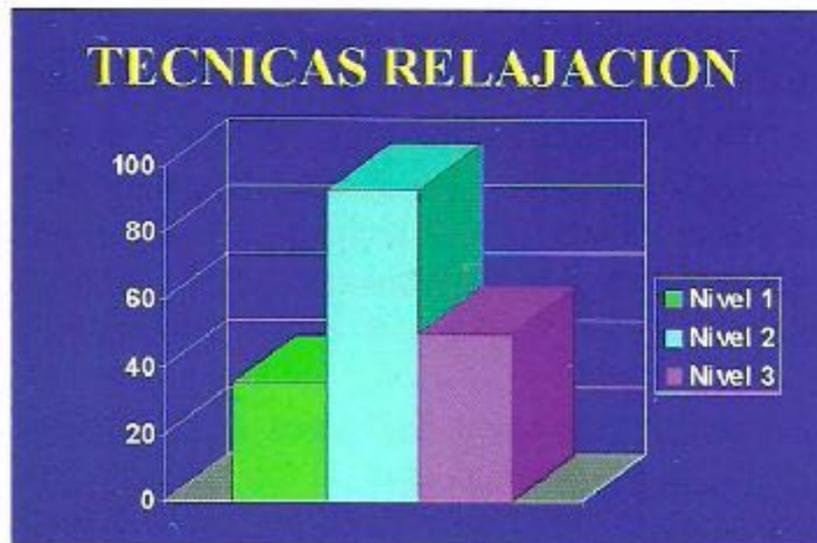
Todas las matronas enseñan técnicas de respiración, relajación y ejercicios. Las técnicas de respiración se enseñan más en el segundo nivel, siendo más practicadas; la respiración abdominal, la torácica el pujo y el jadeo.

En el primer nivel se practica más la respiración abdominal torácica y combinada.

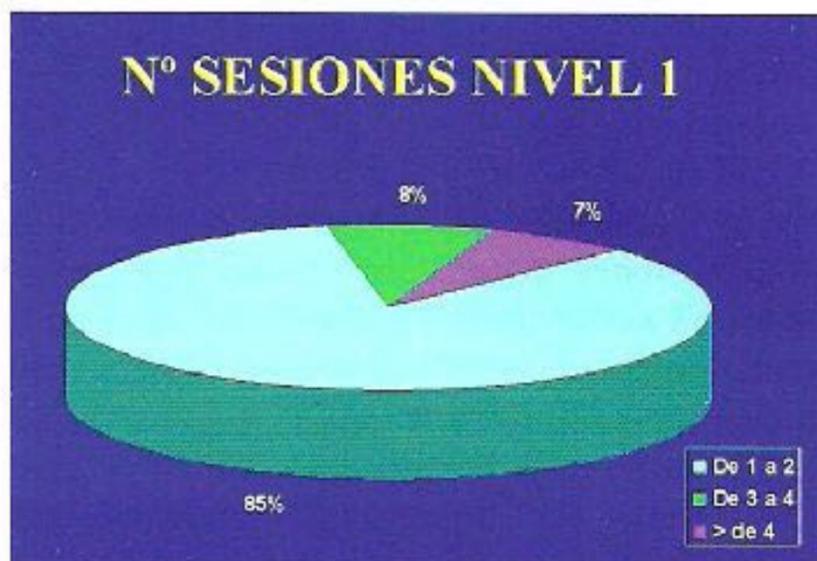


Las técnicas de relajación son enseñadas mayoritariamente en el nivel dos, llamando la atención el porcentaje tan elevado que enseña también estas técnicas en el nivel tres, el 50%. Los más altos porcentajes se encuentran en la sofronización simple, seguida de la relajación combinada, Jacobson y Shultz.





En cuanto a los ejercicios son enseñados en todos los niveles, siendo más alto el porcentaje, 97,5%, en el nivel dos y 71,3% en el nivel tres. Un dato importante es la coincidencia en el tipo de ejercicios enseñados, estando todos por encima del 80%. Los más practicados son los pelvicos-perineales, circulatorios y los de Kegel, un 98,8%. Enseñan también posturas para adoptar en el período de dilatación y expulsivo, un 65% de las matronas y técnicas de masaje en la dilatación, un 93,8%. Los ejercicios postparto más practicados son el fortalecimiento de los abdominales y los de recuperación del tono perineal.

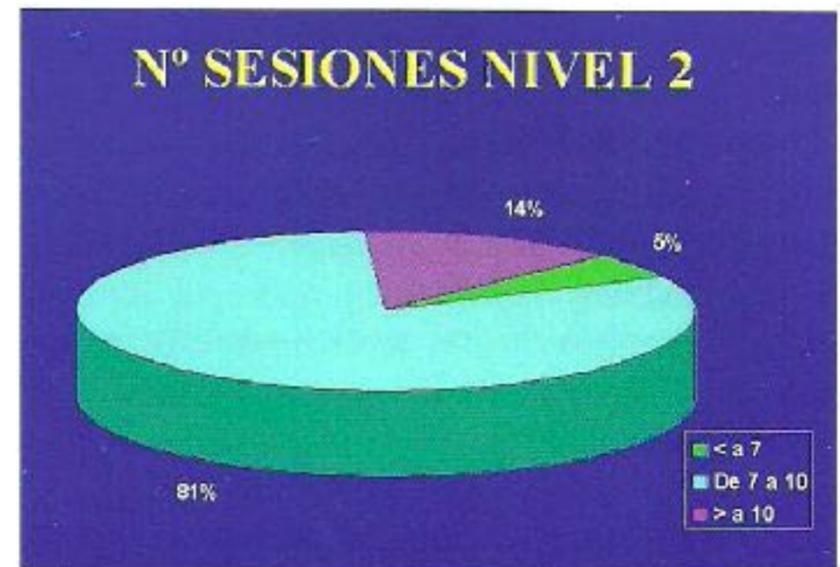


B) Tipo de población y actividades profesionales de la matrona.

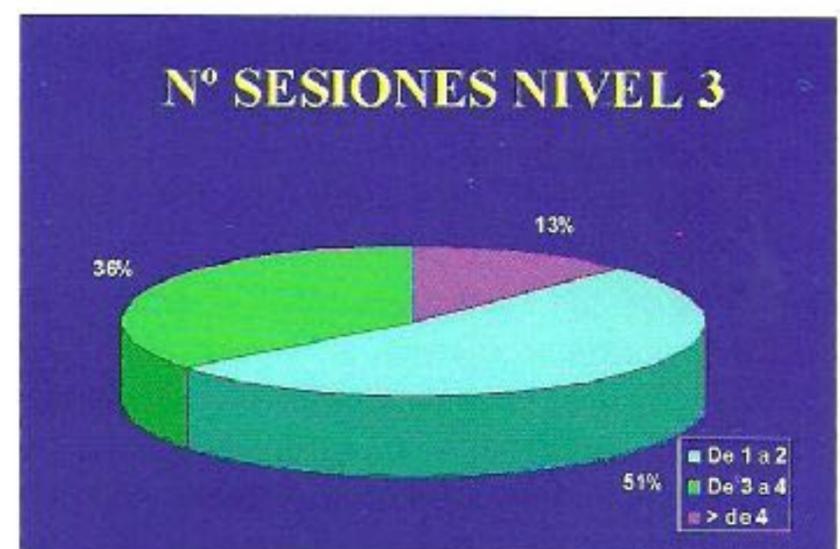
* Influencia de las características socioculturales de la población sobre los programas de Educación Maternal:

En relación a los niveles del programa de Educación Maternal se constata que el nivel 2 se

imparte en el 100% de los programas de Educación Maternal independientemente del tipo de población. En cambio en nivel 1 y el nivel 3 se imparten en mayor porcentaje en la población urbana que en la rural: 78,9% frente al 56% en el nivel 1 y 82,5% frente al 60% en el nivel 3.



En la zona urbana se suele impartir 1 ó 2 sesiones del nivel 1 (73,1%) mientras que en la rural es mayor el porcentaje de 3 ó 4 sesiones del nivel 1 (18,2% frente a 1,9%).



De los temas incluidos en los programas de Educación Maternal se observa que son más impartidos en la zona urbana que en la zona rural; "Desarrollo embrionario" (91,2% frente a 80%) y "Cambios psicológicos del puerperio" (98,2% frente a 88%). Al preguntar sobre otros posibles temas que las matronas incluían en los programas

destaca la mayor frecuencia de éstos en la zona urbana a excepción del tema "Prevención del Cáncer" que se contempla en la zona rural y no en la urbana.

En lo referente a los recursos disponibles para la Educación Maternal destaca que, en general, estos se utilizan más en el medio urbano, a excepción de la pizarra que se emplea más en el ámbito rural.

Tanto en la población urbana como en lo rural la duración de las sesiones suele ser de 2 horas. En el área urbana hay un porcentaje mayor de sesiones de 3 horas (38,6) respecto a la rural (12%). Sin embargo las sesiones de 1 hora son más frecuentes en la zona rural

***Influencia de los niveles socioeconómicos de la población sobre los programas de Educación Maternal:**

En cuanto a la relación del programa de Educación Maternal con el Nivel Socioeconómico de la población atendida, nos hemos encontrado que, en 35 de las encuestas enviadas, las matronas atienden a diferentes niveles socioeconómicos. Estas matronas imparten en mismo programa a todas las mujeres, por lo que no hemos podido individualizar cada nivel para relacionarlo con las características del programa.

***Influencia de las cargas de trabajo en el desarrollo de los programas de Educación Maternal:**

Al estudiar como influyen las cargas de trabajo de la matrona en el desarrollo del programa de Educación Maternal que se imparte en cada Area de Salud, no encontramos ningún dato que sea significativo. Pensamos que las causas pueden ser; que realmente no hay relación, o que el número de encuestas recogidas no sea suficiente.

Utilizando el coeficiente de correlación de Spearman nos encontramos con que; cuanto mayor es la población atendida por la matrona, (mujeres en edad fértil) más embarazos al año atiende y más mujeres están incluidas en los programas de Educación Maternal. También aumenta el número de mujeres por grupo en las sesiones de Educación Maternal, así como el tiempo dedicado a las mismas.

CONCLUSIONES

A través de esta investigación hemos podido obtener una visión real y una documentación científica del trabajo que realizan las matronas de área en Educación Maternal en la Comunidad de Madrid.

Analizando los datos obtenidos llegamos a las siguientes conclusiones:

* A pesar de no existir coordinación entre las matronas de las diferentes áreas, si que hay uniformidad en cuanto a los temas que se imparten, técnicas que se realizan, la metodología utilizada y recursos empleados.

Esto nos hace pensar que si hubiera una matrona coordinando el programa de la mujer en la Comunidad de Madrid el resultado sería aún más rico. El intercambio de las distintas experiencias y la investigación en estos temas nos proporcionaría un mayor desarrollo profesional y una mejor atención a la mujer.

* Hemos constatado que el nivel 2 de Educación Maternal es impartido por el 100% de las matronas.

* Así mismo es de destacar el elevado número de matronas que realizan Educación Maternal en los niveles I y III. En general estos niveles se imparten más en la población urbana. Pensamos que puede ser debido a que el aumento en el número de mujeres permite trabajar más con grupos, o bien, que la población urbana presenta más demanda.

* Otro dato a destacar es que en la zona urbana se imparte más el nivel 1 que en la rural. Pero cuando se realiza nivel 1 en la zona rural se diseñan más sesiones. (entre 3 y 4).

* La duración de las sesiones, así como los tiempos empleados, tanto para la charla como para las técnicas de apoyo, es mayor en la zona urbana que en la rural.



* Para cumplir los objetivos del programa de Educación Maternal las matronas forman grupos más numerosos cuando la presión asistencial así lo exige.

* También llama nuestra atención la escasa participación de la pareja a pesar de que la mayoría de las matronas contemplan su asistencia a las sesiones. Pensamos que esto es debido a que la mayoría de las matronas contempla su asistencia a las sesiones por la mañana, coincidiendo con el horario de trabajo de las parejas.

* Se observa que en las poblaciones más numerosas se oferta horarios de tarde y flexibles, y en las menos numerosas, es más frecuente el horario de mañana.

* El 67% de las matronas utiliza un programa de Educación Maternal, basado en el del área y en conocimientos propios, y un 59,8% no tiene en cuenta el programa de Insalud, sería interesante conocer el motivo.

* También constatamos que la mayoría de las matronas utilizan métodos de evaluación, siendo la tendencia mayor cuanto mayor es la población atendida.

* A la vista de los datos si parece existir cierta influencia de las características entre la población urbana y rural en ciertos aspectos de los programas de Educación Maternal, sin embargo no son tan determinantes como en un principio cabría esperar. Podría ser porque las diferencias entre la población rural y urbana en los Centros de la Comunidad de Madrid no son muy acusadas.

* Teniendo en cuenta que un alto porcentaje de matronas realiza otras actividades grupales en Educación para la Salud además de las relacionadas con el programa de Educación Maternal, creemos que hubiera sido interesante conocer dichas actividades.

* Dentro de las actividades de la matrona en consulta el 67% realiza seguimiento de embarazo y pensamos que hubiéramos obtenido más infor-

mación si se hubiera diferenciado entre seguimiento en la misma consulta con el tocólogo o mediante programa coordinado médico-matrona.

* Al recoger los datos sobre las diversas actividades que realiza la matrona creemos que hubiera sido interesante conocer el tiempo que dedica a cada actividad.

* Si realmente las cargas de trabajo de la matrona no modifica su Programa de Educación Maternal, nos indica una actitud profesional muy positiva. Significa que considera fundamental la impartición adecuada de estos programas, y valora su influencia en las vivencias y desarrollo del embarazo, parto y puerperio. El mayor número de mujeres en edad fértil, aumenta el número de mujeres por grupo, y las matronas en estos casos aumentan el tiempo dedicado a las sesiones, manteniendo el mismo programa, con lo que consiguen que la presión asistencial no deteriore la calidad de su trabajo.

* Llama la atención que siendo la recomendación de Insalud una matrona por cada 3.500 mujeres en edad fértil o 180 partos anuales. Sólo el 20% atienden a estos parámetros. El resto tiene a su cargo más población.

El análisis de estos datos nos ha facilitado un acercamiento al trabajo realizado por las matronas en Educación Maternal en la Comunidad de Madrid, a la vez que nos abre un amplio campo en el que seguir investigando las relaciones entre el tipo de población, la carga asistencial y la metodología utilizada por las matronas.

Por último, queremos agradecer a todas las matronas que han colaborado en la cumplimentación y posterior envío de estos datos, ya que sin esta aportación este trabajo no hubiera sido posible. Igualmente queremos agradecer a Rosario Madero Jarabo, Licenciada en Matemáticas, Adjunta de Bioestadística, de la Unidad de Investigación del Hospital Universitario "La Paz", la ayuda prestada en este trabajo.



BIBLIOGRAFIA

- BELTRAN X. y DELAS J. "Alternativas en la Asistencia Primaria". Revista JANO. Vol. XL num. 947, pag.: 63-66, 1991
- CABRERA SANZ, T. "Como ocupa su tiempo la matrona". Revista ROL Num: 126, pag.:18-23, febrero 1989.
- DANCY-RB y FULLERTON-JT "Preparing couples for home birth. Practical suggestions" Revista J-Nurse-Midwifery. 1995 Nov-Dec
- HALLGREN-A y KIHLLGREN-M y NORBERH-A. "A descriptive study of childbirth education provides by midwives in Sweden". Revista Midwifery. 1994 Dec.
- GALA LEON F.J. "Implicaciones Psicológicas durante el embarazo" Revista Enfermería Científica Num: 88,89, pag.: 62-66, Julio-Agosto 1989
- LUMLEY J. y BROWN S. "Attenders and nonattenders al childbirth education classes in Australia: how do they and their births differ?" Revista Birth 20, 3 Sep 1993
- MOLINA SALMERON M. y cols. "Impacto de la Educación Maternal: Vivencia subjetiva materna y evolución del parto". Revista de Enfermería E.U.E. Albacete. Num: 6, pag.: 20-27, septiembre 1996.
- MELZACK R, BELANGER E, y LACROIX R. "Labor pain efect of maternal position on front and back pain". Revista J. Pain Dympton Manage 6,8 Nov. 1991
- MUÑOZ GONZALEZ,R y CABELLO TARRÉS,B. "Educación para la Maternidad" 2 Tomos. Editado por Insalud 1995.
- RODRIGUEZ DE VERA B. "La unidad familiar base del programa de educación sanitaria materno-infantil" Revista ROL. Num: 107-108, pag.: 34-39, Julio-Agosto 1987.
- SANCHEZ ABAD M^aA. y ARIZA ORTEGA M^aN. "Importancia de la Educación Maternal" Revista Enfermería Científica. Num: 43, pag.: 9-14, octubre 1985
- TAJADA N. Y Cols "Educación Sanitaria prenatal: Características de participación en un Area Sanitaria" Revista Enfermería Científica. Num: 116, pag.: 4-6, noviembre 1991



que, como recoge Torra I Bou, " una investigación no ha concluido hasta que sus resultados han sido comunicados al resto de la comunidad científica implicada en el ámbito temático de la investigación". (5)

Se considera como problema el desconocimiento de las matronas de la literatura científica relacionada con su ejercicio profesional.

La investigación de este aspecto permitirá conocer las líneas de trabajo que se han seguido hasta ahora y su evolución, así como, tomar conciencia de la necesidad de investigación, reconducir nuevos estudios y motivar a las nuevas promociones.

Se considera oportuna la realización del estudio por ser nuestro colectivo el principal interesado, unido esto a la ausencia de revisiones bibliográficas referidas a nuestro ámbito profesional.

Se pretende saber la cantidad y cualidad de las publicaciones realizadas por matronas españolas, así como, su distribución en la geografía nacional, los temas más estudiados, los diseños más utilizados, la colaboración o no con otros profesionales y el ámbito laboral de los autores en el período de tiempo 1980-1995, según las variables que más adelante se estudian.

Sensibles a la necesidad de investigación para el progreso de nuestra profesión, se plantea como primer paso conocer la realidad actual, como punto de partida a futuras investigaciones.

Se han planteado los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Conocer las publicaciones en revistas de tirada nacional entre los años 1980-1995 realizadas por matronas españolas.

Objetivos específicos:

- Detectar los temas que han despertado más

interés entre las matronas, según la frecuencia de aparición en las distintas publicaciones.

- Saber que tipo de diseño utilizan las matronas en sus investigaciones.

- Conocer la actitud investigadora y divulgativa de estos profesionales en función de su medio de trabajo.

- Medir la cantidad de publicaciones en períodos de cinco años y valorar su evolución.

- Valorar la colaboración multidisciplinar de la matrona en su función investigadora.

- Conocer el número de publicaciones en relación con la comunidad autónoma a la que pertenece la matrona.

MATERIAL Y METODOS

Hemos realizado un estudio descriptivo, ya que es el plan de investigación que más se adecua a los objetivos planteados.

Entre las publicaciones existentes en forma escrita: libros, memorias, revisiones o abstracts, informes de difusión limitada y revistas científicas, se optó por el estudio de estas últimas, debido a su mayor actualidad, vitalidad y volumen de difusión (5,10), dado que, frecuentemente, los trabajos presentados en conferencias, congresos, simposium, etc., son recogidos por estas.

Consideramos como población todos los artículos publicados por matronas españolas, entre los años 1980-1995 en las revistas: Enfermería Científica, Enfermería Clínica, Matronas Hoy, Nursing, y Rol de Enfermería; son revistas con más de diez años de existencia, a excepción de Enfermería Clínica que tiene cinco años, y tirada a nivel nacional. Estos hechos corroboran su representatividad, lo que justifica su empleo como base de datos para este estudio.

Está claro que no interesaba seleccionar una muestra. El objetivo general del trabajo era conocer la producción total de publicaciones, por ello se han recogido e incluido todas como datos ("sujetos") de esta investigación.

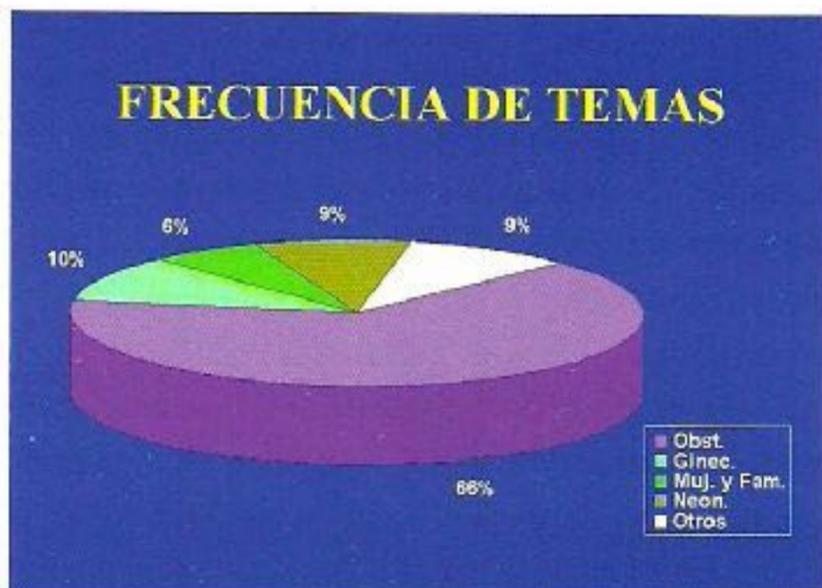


Se han estudiado una serie de variables cuantitativas en períodos de cinco años, con el fin de establecer comparaciones una vez recogidos los datos:

1. N° de publicaciones totales cada cinco años.
2. N° de publicaciones por comunidades autónomas cada 5 años.

También se han clasificado los artículos seleccionados ateniéndose a una serie de variables cualitativas para poder así establecer relaciones sobre las características de dichos artículos. Se han tenido en cuenta criterios como:

TEMAS DE LAS PUBLICACIONES



*** Opinión:**

Aquellos artículos cuyo fin es plantear una idea personal y subjetiva sobre los temas incluidos en el estudio.

*** Revisión de temas:**

Aquellos artículos que describen una realidad ya constatada, sin buscar relaciones ni causalidades.

*** Artículos de investigación:**

- Estudios descriptivos: no experimentales, aquellos cuya finalidad es describir y comprobar aspectos de una situación.

- Estudios no experimentales: aquellos que intentan precisar las relaciones entre variables pero con la ausencia de control mediante manipu-

lación de las variables independientes.

- Estudios experimentales y cuasiexperimentales: quedan estos conceptos encuadrados por la presencia de manipulación, control y distribución aleatoria o no del grupo control, buscando una relación causal entre las variables del estudio.

- Caso único: aquellos que trabajan con un sólo sujeto.

- Otros: no se pueden incluir en los anteriores.

TIPO DE DISEÑO DE LA PUBLICACION



*** Obstetricia:** todos los temas relacionados con el estado grávido de la mujer, desde la fecundación hasta finalizado el período puerperal.

*** Ginecología:** todo lo relacionado con el aparato reproductor femenino, con su ciclo reproductivo y la patología propia de la mujer fuera de la gestación.

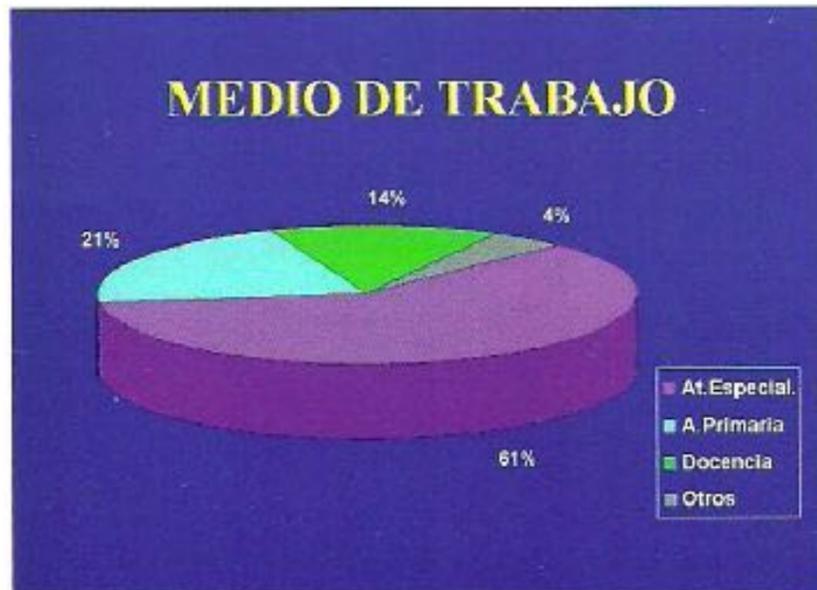
*** Mujer y Familia:** los temas relacionados con la mujer desde el punto de vista histórico o socioantropológico.

*** Neonatología:** todos los temas relacionados con el recién nacido, desde su nacimiento hasta el 28 día de vida.

*** Otros:** aquellos que no se pueden incluir en los anteriores.

PROCEDENCIA DEL AUTOR EN CUANTO AL NIVEL ASISTENCIAL

- * Atención primaria
- * Atención especializada
- * Docencia



COLABORACION O NO CON OTROS PROFESIONALES



* **Intradisciplinar:** elaborado únicamente por matronas.

* **Multidisciplinar:** colaboración con otros profesionales.

Para la recogida de datos se elaboró una ficha individualizada para cada artículo en la que se recogían todas las variables de estudio.

El análisis de los datos se llevó a cabo con el programa informático EPI-INFO

RESULTADOS

El número de publicaciones recogidas es de 125.

Los temas más estudiados por las matronas en este período de tiempo han sido: Obstetricia (65,9%), Ginecología (10,6%), Neonatos (8,9%), seguido de otros no clasificados y mujer y familia.

No hay diferencias en los temas tratados por las diferentes revistas.

El tipo de diseño más frecuente es la revisión de temas (40,8%) seguido de los estudios descriptivos (32%). Sólo se ha encontrado un diseño de caso único.

El medio de trabajo en el que las matronas realizan sus publicaciones es mayoritariamente la atención especializada (60,5%), seguido de la atención primaria (21,1%) y en último lugar la docencia (14%).

El número de publicaciones ha aumentado paulatinamente en estos 16 años, en el último quinquenio se ha duplicado la producción de publicaciones (46,4%) respecto al primer quinquenio (26,4%).



El año en el que más se ha publicado ha sido 1992 con 14 publicaciones.



El 62% de las publicaciones son realizadas por matronas o por grupos de matronas.



Las comunidades autónomas en las que más se ha publicado han sido por orden de frecuencia: Madrid 27,2%, Cataluña 23,7% y Andalucía 21,1%.

Se han obtenido más datos de los que se habían predeterminado en los objetivos:

Independientemente de la colaboración o no con otros profesionales, aparece una matrona como primer firmante en el 81,3% de las publicaciones.

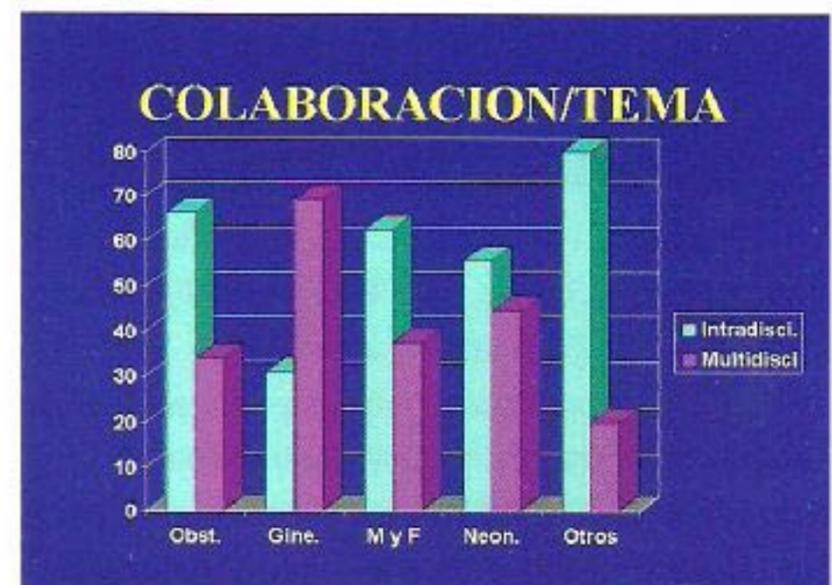


Los profesionales que colaboran con las matronas en sus publicaciones son enfermeras, médicos, fisioterapeutas y psicólogos, por orden de frecuencia.



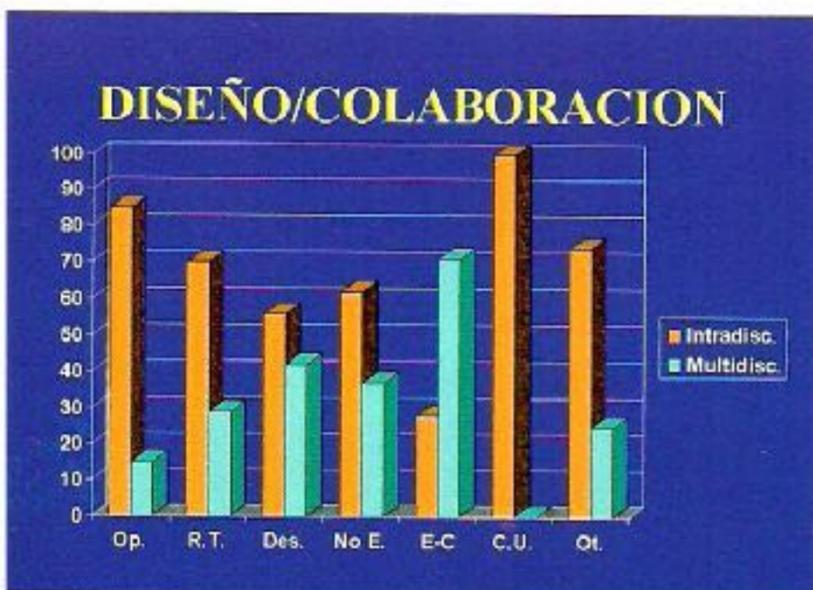
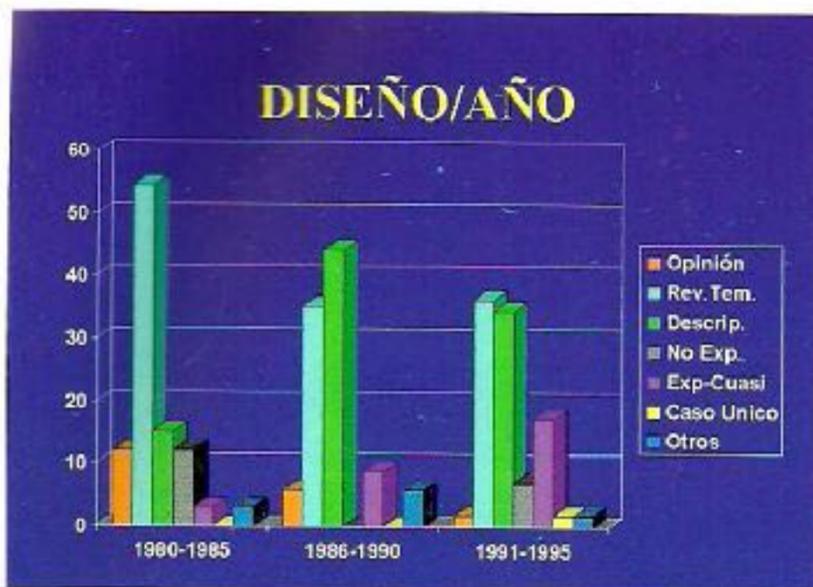
La revista en la que aparecen más publicaciones es "Matrona Hoy" (42,4%) seguida de "Rol de Enfermería" 32%. En la revista "Nursing" no se ha encontrado ninguna publicación.

Únicamente nueve autoras presentan más de un artículo (16% del total de publicaciones).



En las publicaciones intradisciplinarias el tema más tratado es la Obstetricia (63%), en las Multidisciplinarias es la Ginecología (69%).

También se observan diferencias en el tipo de diseño utilizado, siendo mayoritaria la revisión de temas (70,8%) en los trabajos intradisciplinarios y los diseños experimentales y cuasi-experimentales en los Multidisciplinarios (71,2%)



Se observa una tendencia a disminuir la revisión de temas, de un 54,5% entre 1980 y 1985, frente a un 36,2% entre los años 1991 y 1995. Así mismo, existe un aumento de las publicaciones de carácter experimental y cuasiexperimental, un 3% en los años 1980-1985, frente al 17,2% en el quinquenio 1991-1995; y de los trabajos de tipo descriptivo, el 15,1% entre los años 1980-1985, frente al 34,4% entre los años 1991-1995.

CONCLUSIONES

* El tema que ha despertado un mayor interés en los profesionales que publican es la obstetricia, independientemente de la revista analizada. Este resultado no es sorprendente debido al ámbito en el que mayoritariamente realizan sus funciones.

* Se ha identificado un notable aumento de las publicaciones de carácter experimental, lo que se puede considerar un avance para la profesión debido a que este tipo de estudios ayuda a ampliar los conocimientos que se tienen sobre una materia y a motivar a los profesionales en la búsqueda de nuevas y mejores actividades que aumenten la calidad de la asistencia a la mujer y/o pareja.

* Las revisiones de temas tienen una tendencia a disminuir, lo que puede ser debido a una mayor inquietud de las matronas que han ido optando por otra clase de trabajos en detrimento de las revisiones de temas que muchas veces no aportan nada al colectivo.

* Los trabajos de carácter descriptivo han ido aumentando, posiblemente porque los profesionales han sentido la necesidad de transmitir sus propias experiencias y la descripción de su propia labor.

* El hecho de que la mayoría de las publicaciones estudiadas se hayan realizado en el campo de la atención especializada refleja que la mayoría de las matronas ejercen su actividad profesional en dicho ámbito.

* Los trabajos realizados sobre Ginecología son firmados en su mayoría por matronas de Atención Primaria, esto puede justificarse por la diversidad de la oferta asistencial de la matrona en este ámbito. Cabe destacar ser mínima la publicación en la materia de Neonatología, lo que pudiera deberse a que el seguimiento del neonato en este campo lo realiza la enfermera pediátrica y el pediatra, quedando excluida la matrona.



* Relacionando los porcentajes de cada quinquenio, queda claro que el número de publicaciones va aumentando de tal forma que en el último se duplican respecto al primero. Este aumento refleja el creciente interés por desarrollar la investigación en nuestra profesión, así como la necesidad de transmitir los resultados de las mismas a los demás compañeros a través de su publicación en revistas de difusión nacional.

* A partir del año 1990 se observa una gran diferencia en el número total de publicaciones, quizás debido a los proyectos de las nuevas Unidades Docentes de Matronas y su puesta en marcha.

* A pesar de la apertura que ha habido en los últimos años en relación al campo de trabajo de las matronas, no se ha constatado un cambio significativo en los tipos de temas tratados durante el período de tiempo estudiado.

* Se observa una tendencia a tratar la revisión de temas y la Obstetricia en los trabajos intradisciplinarios, en contraposición a los estudios experimentales, y la ginecología en los multidisciplinarios, esto puede reflejar que la formación de la matrona ha estado basada únicamente en Obstetricia y su formación investigadora no estaba incluida en los planes de estudio.

* En cuanto a la distribución geográfica deducimos que los profesionales que más publican son los de Madrid, Cataluña y Andalucía, debido a la mayor densidad de población de estas comunidades y a la posibilidad de acceso a una serie de recursos, (formación, posibilidad de asociación, apoyo en la investigación...) lo que las motiva y refuerza en las actividades investigadora y divulgativa.

El objetivo general del estudio se ha cubierto; conocer cual es la situación actual de las publicaciones de las matronas en España y la dirección hacia la que avanza el colectivo.

El conocimiento de lo publicado puede servir para reconducir nuevas líneas de trabajo, desarrollándose nuestra profesión en aquellas materias deficientemente tratadas.

Cabe esperar en los próximos años una mejora en el nivel de la metodología utilizada por la posibilidad actual de formación en investigación; así como una descentralización de los temas de estudio por la ampliación del campo de trabajo de la matrona.

Puesto que la finalidad del estudio es la descripción de una realidad, una vez conseguido, este trabajo puede servir de base a otros estudios que se planteen causalidades y confirmen las hipótesis que planteamos.

Por último, agradecer la colaboración de Rosario Madero Jarabo, Licenciada en Matemáticas, Adjunta Bioestadística, de la Unidad de Investigación del Hospital Universitario "La Paz".



BIBLIOGRAFIA

REVISTA ROL DE ENFERMERÍA:

1- ESCOBAR BRAVO, M.; PALOMO COBOS, L.; GALINDO CASERO, A.; CORRALES NEVADO, D. "Investigación en Enfermería y Unidades de Investigación" N° 212, mayo 1996, pag.: 27-30.

2 - ICART ISERN, M.T. "La revisión bibliográfica (I). Fuentes documentales esenciales para Enfermería". N° 148, diciembre 1990, pag.: 15-19

3 - ICART ISERN, M.T. "Revisión bibliográfica (II). Aplicación de la teledocumentación y del CD-ROM". N° 149, enero 1991, pag.: 13-17

4 - ICART ISERN, M.T.; CAJA LOPEZ, C. "Investigar en Enfermería. ¿Qué, quién, cómo....?" N° 133, año 1990, pag.: 63-67

5 - TORRA I BOU, J.E., "Producción científica de la Enfermería española". N° 198, febrero 1995, pag.: 61-71

REVISTA ENFERMERÍA CIENTÍFICA

6 - ARANDA, M.; BORREGUERO, M.C.; ARGERICH, M.J. "La investigación en Enfermería a través de los artículos en las revistas Rol (1982-90) y Enfermería Científica" (1984-1990) N° 116, noviembre 1991, pag.: 33-42.

7 - CABRERO GARCÍA, J.; RICHART MARTINEZ, M. "Análisis de la literatura empírica de la investigación enfermera española", N° 122, mayo 1992, pag.: 37-39

8 - ICART, M.T.; PEDRENY, R.; GARCÍA, L.; LÓPEZ, R.; CAJA, C.; GIRBAU, R.; ARANDA, M.; BORREGUERO, M.C.; ARGERICH, M.J. "La investigación en Enfermería a través de los artículos en las revistas Rol (1982-90) y Enfermería científica" (1984-1990) N° 116, noviembre 1991, pag.: 33-42

9 - MARTÍNEZ VIZCAINO, V.; MARTÍNEZ OROZCO, M.A. "Investigación de Enfermería en Atención Primaria de Salud. Publicaciones de los años 1980-1990", N° 119, febrero 1992, pag.: 18-20

REVISTA ENFERMERÍA CLÍNICA

10 - ICART ISERN, M.T.; MARTINEZ GARCÍA, G. "La búsqueda bibliográfica en el trabajo científico", Vol. 1, N°5, año 1991, pag.: 147-152

11 - RICHART MARTÍNEZ, M.; CABRERO GARCÍA, J. "Análisis de las bases bibliográficas utilizadas en la investigación en enfermería española. Una comparación con Medicina y Psicología", Vol. 1, N°5, año 1991, pag.: 139-142

12 - VILAGROSA, P. "La revisión bibliográfica, paso preliminar al diseño de un trabajo de investigación", Vol 1, N° 3, año 1992, pag.: 69-70



LAS RELACIONES AFECTIVAS Y SEXUALES DURANTE EL PUERPERIO Y LA LACTANCIA: EL PAPEL DE LA MATRONA

Fernández Amores, Remedios*.

Lupión González, S.Daniel*.

Porrás Cabrera, Antonio*.

Avellaned Jimenez, M^oIsabel Rosa Blanca*,**.

* Profesores/as del Departamento de Enfermería.

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Málaga.

** Coordinadora Unidad Docente de Matronas

1. INTRODUCCION

Dentro de la poca atención que se ha venido prestando a la sexualidad en relación a la gestación, es el puerperio el periodo más descuidado. Son más escasos los trabajos en relación a ello y muchos menos los que se refieren específicamente a la sexualidad y la lactancia. En los textos apenas se aborda la vivencia sexual de la puerpera, la mayoría se limitan a recomendar el momento de reanudación del coito y a orientar sobre el uso de anticonceptivos.

Existen referencias históricas que ponen de manifiesto la ignorancia y obscurantismo sobre estos temas. En textos del s. XVIII se recoge la idea de la sangre menstrual como alimento del feto, que después del parto se transforma en leche que nutre al bebé tras una "cocción en las mamas" y Avicena considera que el coito en la lactancia es inadecuado ya que enturbia la sangre menstrual, alterando el sabor y el olor de la leche¹.

2. LA SEXUALIDAD EN EL PUERPERIO Y EN LA LACTANCIA.

A) ASPECTOS FISIOLÓGICOS

A nivel hormonal hay grandes cambios, como las mismas mujeres suelen referir ("las hormonas están locas"). Hay una situación de hipogonadismo que se normaliza en unos 3 meses después del parto pero que se mantiene en las mujeres que lactan. Hay una disminución de los estrógenos, disminución de la testosterona y dehidroepiandrosterona, un aumento de la prolactina, de la oxitocina y de la progesterona, que van a condicionar una serie de **cambios en la respuesta sexual**:

- las respuestas ante la estimulación sexual son más lentas y menos intensas.

- **adelgazamiento de la pared vaginal.**
- **sequedad y falta de lubricación:** estos cambios van a producir la denominada "**dispareunia de la lactación**" y también pueden favorecer **coitorragia**.
- **molestias mamarias:** relacionadas con la lactancia: pechos más sensibles, incomodidad cuando están llenos, posible ingurgitación, posibles molestias en los pezones,...
- **secreción láctea** (durante la excitación sexual y sobre todo en el orgasmo, se libera oxitocina que favorece la eyección de leche) .

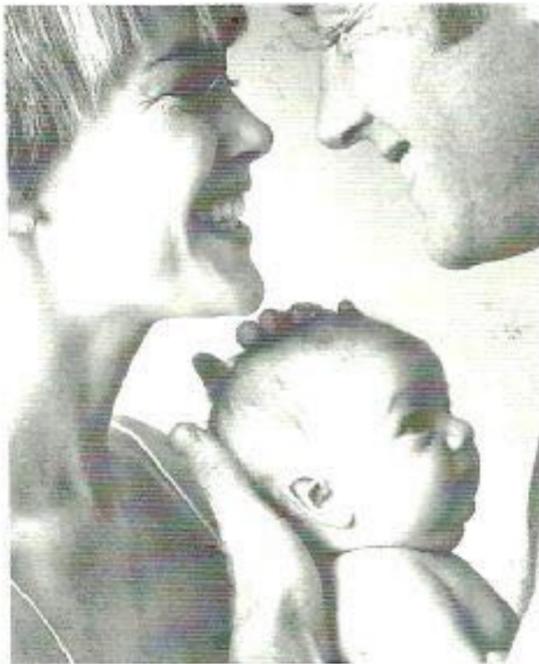
Encontramos además otras **molestias físicas** propias de esta etapa que van a influir en el comportamiento sexual:

- **molestias** debidas a la **episiotomía**
- **alteraciones de las estructuras perineales** debidas al expulsivo: entre la musculatura del suelo pélvico está el músculo pubocoxígeo, relacionado con la capacidad orgásmica. Su mal estado en el postparto puede dificultar el orgasmo y también puede producir incontinencia urinaria que puede afectar la sexualidad de la mujer a más largo plazo. De aquí la importancia de una adecuada atención obstétrica para la prevención de problemas sexuales a medio y largo plazo.
- molestias relacionadas con las **pérdidas vaginales**
- **hemorroides** (aunque no en todas las mujeres, aparecen ó se exacerban con una cierta frecuencia)
- **varices vulvares** (con menor frecuencia)
- **molestias y dolor** a nivel dorsolumbar dorsolumbar
- **cansancio/fatiga:** debido a las pérdidas sanguíneas, a las cargas físicas del cuidado del hogar y del bebé y las alteraciones del sueño.

La intensidad de estas molestias condicionará en mayor o menor medida la vida sexual.



B) ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES



Entre los muchos factores que intervienen se pueden destacar:

- **Personalidad previa de la mujer**
- **La sexualidad previa y durante el embarazo.**

Ya se vió como las mujeres con un concepto positivo de la sexualidad y con una buena respuesta sexual previa presentaban mejor vivencia sexual durante el embarazo. Cabe esperar, en principio, que la mujer que disfrutó de una sexualidad gratificante durante el embarazo continúe haciéndolo de igual modo en el puerperio (siempre que no se den complicaciones en el parto o con el recién nacido). La mujer que ha vivido las relaciones en el embarazo para la satisfacción del varón y se ha abstenido en el último mes y medio está menos motivada a reiniciarlas.

- **Los cambios psicológicos propios del puerperio.**

Es un momento de gran intensidad emocional. La alegría y la satisfacción de tener entre los brazos al deseado bebé se confunde con la ansiedad y la tristeza ante la gran carga física y de responsabilidades que supone el atender a las tareas del hogar y a los cuidados del bebé. La madre, y la que dá el pecho aún más, está sujeta totalmente a los ritmos del bebé. Se cuestiona su capacidad de ser una buena madre. La **“tristeza puerperal”** es normal en las primeras semanas tras el parto y más en las primíparas. En algunos casos puede hacerse patológica y constituir una auténtica **depresión puerperal** que necesita ser tratada.

En una encuesta de autoevaluación de la depresión postparto, se encontró que el 36% de las mujeres refiere alguna reacción depresiva y el 22% la califica con cierta importancia. Más frecuente en las primíparas. No más importante en las que lactan³.

La mujer está centrada en el bebé y hay desinterés por actividades que no sean estrictamente necesarias.

- **La valoración que ella y su pareja hacen de los cambios físicos del puerperio.** La mujer suele encontrarse poco atractiva. No ha recuperado su peso previo, el abdomen está flácido, en algunos casos pueden quedar estrias,

los pechos hinchados, los sujetadores con las empapaderas quedan poco eróticos,...

La actitud de la mujer y de su pareja es fundamental para aceptar estos cambios y entender que es una situación transitoria y que en gran medida depende de la propia mujer el acortar esta etapa.

La mujer que lacta puede tardar más en recuperar su peso anterior a la gestación porque no puede seguir una dieta muy estricta, ya que necesita reponer las pérdidas que le supone la lactancia. Pero sí puede recuperar en gran medida su figura, con ejercicio y teniendo en cuenta, que en la lactancia igual que en el embarazo “ no hay que comer por dos”. Hay que seguir una dieta equilibrada y un aporte de líquido, según necesidades de la madre, pero que suele estar aumentado.

- **Los miedos, mitos y tabúes.** Influyen las creencias negativas sobre sexualidad, que dificultan a la mujer el sentirse madre y a la vez compañera/ amante. Hay creencias erróneas que se plasman en temores concretos:

- * **miedo a la penetración y al dolor**

Es el temor principal y más generalizado. Es un temor a que las relaciones se afecten de forma permanente basada en la creencia de que el parto puede dañar los genitales. De hecho suelen preguntar en la revisión postparto: **¿Me he quedado bien?** (reflejando la necesidad de que se les confirma lo que en el fondo deben saber si el puerperio ha transcurrido con normalidad). De aquí la importancia de que el primer coito transcurra con normalidad, porque si es doloroso constituye una evidencia de que esos temores son reales. Puede establecerse una reacción circular: **temor – dolor – temor**.

- * **miedo a un nuevo embarazo** (con la lactancia pueden surgir dificultades, ya que se reduce la oferta anticonceptiva al no estar recomendada la anticoncepción hormonal y muchas parejas pueden que no acepten bien el preservativo)

- * **miedo a una infección** (puede ocurrir en las primeras relaciones. Si se realiza el coito precozmente, antes de las 2-4 semanas puede aconsejarse el uso de preservativos, porque en esta situación la herida placentaria aún no está totalmente cerrada y puede ser mayor el riesgo de infección)

- * **dificultad para compatibilizar la imagen de los pechos** como fuente de **alimento** para el bebé y como elemento **erótico**. En nuestra cultura los pechos de la mujer son un elemento erótico importante. En algunas mujeres puede afectar negativamente la lactancia porque se siente inhibida a lactar en público y en otras puede que dificulte la aceptación de caricias en los pechos porque consideran que en este momento son exclusivamente del bebé. Hay mujeres que valoran positivamente el aumento de tamaño de las mamas (suelen ser las que tienen mamas pequeñas) y encuentran un aumento del



erotismo relacionado con ello.

* **temor a que la actividad sexual afecte la lactancia.** Es un aspecto menos abordado. Algunas mujeres se preocupan por la salida de leche durante la actividad sexual en el sentido de que les pueda faltar al bebé y también algunas refieren preocupación por cambios en el sabor de ésta relacionadas con la actividad sexual.

* **miedo a ser interrumpidos por el bebé.** Realmente pueden ser interrumpidos por el llanto del niño o la niña. Pero no es excusa para evitar las relaciones. Buscar para la relación momentos en los que se prevee que va a dormir un buen rato, como es justo después de una toma. Y también desarrollar actitudes positivas para aceptar la posible interrupción. Cuando el hijo ó la hija son más mayores y aún están en la misma habitación de los padres (lo cual es ideal para mantener la lactancia) pueden plantearse dificultades en el sentido de que la pareja se sienta incomoda teniendo relaciones con el niño o la niña presente aún cuando esté dormido/a. Y temor a que los sorprenda en la relación por el efecto negativo que pueda tener para el niño/a.

* **miedo a sentir placer “sexual” al dar el pecho al bebé.** En principio parece difícil aceptar (e incluso hay quien lo calificaría de aberrante) que la madre se relacione sexualmente con su bebé. Se comprendería mejor si no partiésemos de un concepto de sexualidad ligada a lo genital. Está aceptado que el ser alimentado por el pecho de la madre es una experiencia importante para el desarrollo psicosexual del bebé (el contacto piel a piel, las caricias, los besos, el ser acunado,...) Del mismo modo, es una experiencia placentera y agradable para la madre (no podía ser de otro modo para asegurar la supervivencia de la especie durante los miles de años en que no existían las leches artificiales) en la que intervienen elementos psíquicos – la satisfacción de dar lo mejor a nuestros hijos/as – y elementos físicos – los pechos son una zona muy sensible con un alto contenido erógeno -.

Hay una descripción de la experiencia que me parece muy adecuada:

“Es una experiencia sensual diferente a cualquier otra, relacionada de alguna manera con el sexo pero a la vez diferente.”

Es una relación íntima entre dos personas (la madre y el bebé), en la que ambos contactan piel a piel, en la que se comparten sentimientos y afectos y se experimentan sensaciones de placer. Es una relación afectico-sexual aunque culturalmente nos incomoda aceptar que el dar el pecho pueda tener algún componente sexual. A lo sumo estaríamos dispuestos a considerarla una experiencia sensual, nos resulta mejor, aunque en el fondo queremos decir lo mismo.

• **La calidad de la relación de pareja.** El papel de la pareja, igual que durante el embarazo, sigue siendo clave durante el puerperio. Hay que procurar que el varón no se sienta desplazado por el bebé (ni por otros “miembros de la familia”). Es importante implicar a la pareja en la decisión de lactar naturalmente al hijo ó a la hija. De este modo va a ser más consciente de las necesidades de la mujer durante la lactancia y va a ser capaz de apoyarla mejor (en otras sesiones las mujeres ya lo han planteado así).

El **compartir** las tareas y responsabilidades favorece la armonía de la pareja y la vuelta a la normalidad de la actividad sexual. Hay mayor complicidad y se propician los deseos de intimidad, de ternura, de acercamiento, en definitiva de relacionarse afectiva y sexualmente con la pareja. También hablan de la falta de tiempo, es importante reservar un espacio para los dos.

C) RELACIONES AFECTIVO-SEXUALES DURANTE EL PUERPERIO Y LA LACTANCIA.

La mayoría de las investigaciones coinciden en que existe **una disminución del deseo sexual y de la frecuencia de relaciones** durante el puerperio y que progresivamente van mejorando hasta alcanzar los niveles pregestacionales como mucho en el año posterior al parto^{7,8,9}.

La **capacidad orgásmica** a los 3 meses es igual o mejor que antes de embarazo, el deseo se recupera más lentamente.

Los estudios se centran en las relaciones coitales, especialmente en el momento de reanudación de éstas. La mayoría de las mujeres lo hace entre las 6-8 semanas después del parto. Masters y Johnson, encontraron que algunas lo hacen a las 2-3 semanas postparto.

En cuanto a la vivencia de este primer coito no suelen presentar datos. Algunos autores, que sí lo hacen, como Pérez Sanz y Palacios¹⁰ encuentran que el 68% las refiere como dolorosas y el 32% poco ó nada satisfactorias. Alonso Alvaro, encuentra datos parecidos: el 56% presenta dolor moderado ó intenso en los primeros coitos y más del 20% continúa con molestias a los 3 meses. La mayoría de las mujeres achaca el dolor a la cicatriz de la episiotomía (a los “puntos”). Sólo un 7.4% lo relaciona con la lactancia.

Respecto a las mujeres que reanudan el coito tardíamente (después de las 6-8 semanas) destaca como primer motivo el miedo al dolor en la penetración y en segundo lugar el miedo al embarazo. Es de destacar el importante papel de los sanitarios en la eliminación de estos miedos ofreciendo información sobre los cambios sexuales y los específicamente genitales y sobre los métodos anticonceptivos.

Los trabajos apenas recogen aspectos sobre relaciones no coitales en el puerperio. Ryding¹¹ encontró que el 60% de las mujeres presentaban un aumento de las relaciones no coitales tras el parto.

Otro aspecto escasamente abordado es la sexualidad en las mujeres que lactan. Se limitan a señalar las dificultades físicas debidas a los cambios hormonales. En cuanto a las diferencias en la conducta y vivencia sexual entre las muje-



res que lactan y las que no lo hacen hay pocos datos. Master y Johnson encontró que las madres lactantes reanudan la actividad sexual tras el parto antes que las que alimentan a sus bebés con biberón, y que la lactancia y la sexualidad están relacionadas positivamente. Se puede interpretar en el sentido de que las mujeres que lactan se encuentran más cómodas con sus cuerpos, menos avergonzadas de exponer sus senos y más sensibles a las sensaciones físicas y más dispuestas a aceptar las secreciones de su cuerpo.

Adler¹² y Alonso Alvaro³ encuentran menos deseo y menos relaciones en las que lactan. Adler lo explica por los cambios hormonales y también por los cambios psicológicos (las que lactan muestran mayor depresión a los tres meses del postparto, desapareciendo estas diferencias a los seis meses). En cambio, Alonso no encuentra más depresión en las que lactan. Y aunque el reinicio del coito no varió entre las depresivas y las que no, sí se observó mayor deterioro sexual entre las primeras. Sí encontró que se observa un mayor deterioro de la sexualidad en mujeres con cesareas que en mujeres con parto vaginal (normales, fórceps). Influyen en ello las molestias abdominales.

3. ORIENTACIÓN SEXUAL EN EL PUERPERIO Y LA LACTANCIA

Dado que la sexualidad en esta etapa de la vida de la mujer está condicionada por sus actitudes y vivencias sexuales anteriores, la intervención de los profesionales debería incluir Educación Sexual desde la infancia, conformando actitudes positivas hacia la sexualidad en la vida adulta, orientación sexual durante el embarazo y orientación específica en el puerperio y la lactancia

Los principales aspectos que hay que abordar son:

1. Crear un **clima** en la que la **mujer y su pareja** se sientan **cómodos** para plantear **sus dudas y temores sobre la sexualidad**.
2. **Información sobre los cambios físicos y psíquicos** del puerperio y la lactancia que van a influir en las relaciones sexuales. Si la mujer anticipa lo que puede pasar lo aceptará mejor y puede desarrollar estrategias para afrontarlo.
3. **Darle confianza** en su recuperación física y en la vuelta a la normalidad sexual en unos meses.
4. **Facilitar la recuperación postparto**. (valoración del suelo pélvico, realización de ejercicios de Kegel, uso de conos vaginales, gimnasia postparto)
5. Fomentar el **autocuidado**. Dedicarse tiempo para ella. Que se sienta atractiva. Mejora su autoestima y favorece el deseo.
6. **Prevenir la depresión puerperal**
7. Dar a conocer las **ventajas de la sexualidad**: es una fuente de bienestar y placer que contribuye a la armonía con la pareja y libera de tensiones y contribuye a la recuperación después del parto.
8. Prestar **atención al hombre** y favorecer la **comu-**

nicación sexual con la pareja. Es importante que no se sienta desplazado. Considerar que también él se puede sentir preocupado por la responsabilidad de ser un buen padre. En estos momentos, es fundamental el compartir las tareas y responsabilidades del cuidado del hogar y del bebé. El padre puede coger al bebé y acercarlo al pecho de la madre, puede cambiarlo, cuidar la alimentación de la mujer, ayudarle en su higiene y cuidados (sería positivo que le viese los genitales, la episiotomía, ver cómo va quedando, que le aplique crema reafirmante, que le masajee la espalda para aliviar las molestias, etc,...) Cuidar a la pareja es una inversión en uno/a mismo/a. La mujer se va a sentir aliviada física y psíquicamente. Se va a sentir mejor y con más deseos de intimidad, de acercamiento y de relacionarse afectiva y sexualmente con el compañero.

9. **Fomentar diferentes formas de expresión de la sexualidad**. La sexualidad se vive con todo el cuerpo, no sólo con "la pequeña área genital".

10. Orientar sobre el **inicio** de las **relaciones coitales**. Debe ser cuando la pareja lo desee. Aunque sí se debe indicar que en las primeras semanas tras el parto, cuando la episiotomía aún no ha cicatrizado, las pérdidas vaginales son abundantes y la herida placentaria está abierta, hay más riesgos de infección y de que el coito resulte molesto para la mujer. De todas formas las relaciones coitales suelen reanudarse entre las 4-8 semanas del parto, momento en que no tienen porque darse problemas.

Es conveniente:

- comenzar con relaciones no coitales y no tener prisa por realizar el coito
- que la mujer se autoexplora previamente los genitales, con los dedos y un espejo, (y si es posible el que el hombre también los explore) para observar los cambios y disminuir los miedos
- realizar el coito de forma progresiva y delicada y que la mujer dirija la penetración
- usar lubricantes
- utilizar el método anticonceptivo elegido

11. **Orientación anticonceptiva**¹³. En la mujer que lacta la aparición de la menstruación es variable. Hay mujeres que tienen reglas durante la lactancia y otras que no las vuelven a tener hasta unas semanas después del destete. Aunque no presenten menstruaciones pueden tener ovulaciones, con lo cual la lactancia, aunque disminuya el riesgo de embarazo, no puede usarse como método anticonceptivo seguro. En la lactancia exclusiva, a demanda y frecuente los riesgos son menores, pero aún así no es un método lo suficientemente seguro como para recomendarlo a las mujeres.



La anticoncepción hormonal no está recomendada (los AO inhiben la lactancia y pueden afectar al bebé). El DIU no se debe insertar hasta las 6 semanas del parto (que el útero esté totalmente involucionado). Para el diafragma también debe esperarse un tiempo para que la vagina recupere su estado y pueda medirse la talla. El método más recomendable por su inocuidad en la lactancia y porque puede usarse desde el primer momento es el preservativo (tanto femenino como masculino). Puede combinarse con espermicidas que potencian su seguridad anticonceptiva y actúan además como lubricante. Si antes del embarazo no se usaba el preservativo pueden aparecer dificultades de aceptación de su uso, tanto en la mujer como en su pareja. Puede ser un buen momento para aprender a introducir el preservativo como un elemento erótico en la relación (los hay en la actualidad de tamaños, formas, colores y sabores muy variados). En caso de fallo en el uso del preservativo habría que valorar muy bien la toma de la píldora postcoital (puede inhibir la prolactina y también está contraindicada para el bebé. En caso de tener que darla, durante dos días debería sacarse la leche para que siga produciéndola y alimentar al bebé con leche artificial en vaso o cucharita, o usar leche congelada).

12. Si existían problemas sexuales, este no es el mejor momento para resolverlos. Se **debe esperar** para iniciar una **terapia sexual**.

La matrona aborda estos contenidos sobre sexualidad:

- En las consultas de atención al embarazo: desde las primeras visitas se orienta a la mujer y a su pareja sobre el modo de vivir con satisfacción su sexualidad en este periodo. La consulta individualizada es el marco idóneo para tratar los aspectos más íntimos.
- En el programa de Educación Maternal: se dedica un espacio sobre sexualidad: concepto y actitudes ante la sexualidad, respuesta sexual humana y sexualidad en el embarazo y puerperio.
- En los grupos de recuperación postparto.
- En la visita puerperal.

BIBLIOGRAFIA

1. VILELLA, A.; BORRA, V., editors. Historia de la Medicina. Barcelona: Plaza y Janes, 1994.
2. MASTERS, W., JOHNSON, V. Y KOLODNY, R. La sexualidad humana . Barcelona : Grijalbo, 1987.
3. ALONSO ALVARO et al. Sexualidad en el embarazo. Madrid: Cauce, 1996
4. RODRÍGUEZ GARCÍA, R. et al. Cultural Paradoxes Relating to Sexuality and Breastfeeding. J Human Lacta 1995, 11 (2): 11-115.
5. KITZINGER, S. Sexo y lactancia materna. En: Kitzinger, S. Cómo amamantar a tu bebé.
6. EIGER, M.S et al. La lactancia: un hito en la vida sexual.. En: Eiger, M.S. et al: El gran libro de la lactancia Barcelona: Medics, 1989: 175-193.
7. CATHERINE FOSTER, MA et al. Psychological and Sexual Changes After the Cessation of Breast-Feeding. Obstetric and Gynecology 1994, 84 (5): 872-876.
8. ALDER, E. Sexual behaviour in pregnancy, after child-birth and during breast-feeding. Bailliére's Clinical Obstetric and Gynaecology 1989, 3 (4): 805-821.
9. REAMY, K.J. Y WHITE, S.E. " Sexuality in the Puerperium: A Review". Archives of Sexual Behavior 1987, 16 (2): 165-186.
10. PEREZ SANZ, P.; PALACIOS GIL-ANTUÑANO, S. Aspectos de la sexualidad en la embarazada española deducidos del estudio de 100 casos. Prog. Obstet.Ginecolog. 1982, 25:323-331.
11. RYDING, E.L. Sexuality during and after pregnancy. Acta Obstet. Gynecolog. Scand. 1984, 63 (8): 679-682.
12. ALDER, E.M. et al. Hormones, mood and sexuality in lactating women. Br. J. Psychiatry 1986, 148: 74-79.
13. SAARIKOSKI, S. Contracepcion during Lactation.. Annals of Medicine 1993, 25: 181-184.



SANIDAD Y DESARROLLO UN HOSPITAL PARA UNA CIUDAD

Estivaliz Nuria Laorden

Matrona, Licenciada en Historia y Geografía

El Hospital de Basurto ha sido un fiel exponente de la creatividad de la ciudad de Bilbao en el campo sanitario. A un siglo de historia podemos decir que esta obra supuso en su día lo que, en otro terreno, representa hoy el museo Guggenheim. En definitiva si éste demuestra la imaginación de hoy, el Hospital es una prueba de la pujanza industrial y urbana de ayer.



apertura de caminos y vías de comunicación con la Península.

La situación inicial de Bilbao era de auténtico aislamiento, separada de las ricas ciudades castellanas o de las fértiles tierras de La Rioja por grandes montañas sólo practicables por agrestes y peligrosos caminos. Por otro lado, el autoabastecimiento se hacía difícil en aquel período, esencialmente necesario para la subsistencia de la población, la acidez de la tierra en toda la costa Cantábrica y lo accidentado del relieve ponían de manifiesto lo insuficiente del cultivo agrícola. Buscaron pues los vizcaínos otras formas alternativas en el trabajo artesanal de las ferrerías, creando un excedente de producto manufacturado intercambiable con otros de primera necesidad como el trigo que llegaba al Señorío desde Alava, La Rioja y Tierra de Campos, o por mar desde Andalucía. Así el equilibrio de esta región, pobre desde el punto de vista agrícola, se mantenía con la fabricación del hierro, y aunque no suponía un gran interés comercial sí se beneficiaba de los privilegios comerciales que tendían a asegurar el abastecimiento.

Bilbao, dotada por la naturaleza de hierro y agua, se abre al mar a través de su Ría y con ella un extenso abanico de posibilidades comerciales y de relación con el exterior, sin embargo ni el movimiento comercial ni las actividades artesanales y agrícolas proporcionaban el tráfico suficiente para

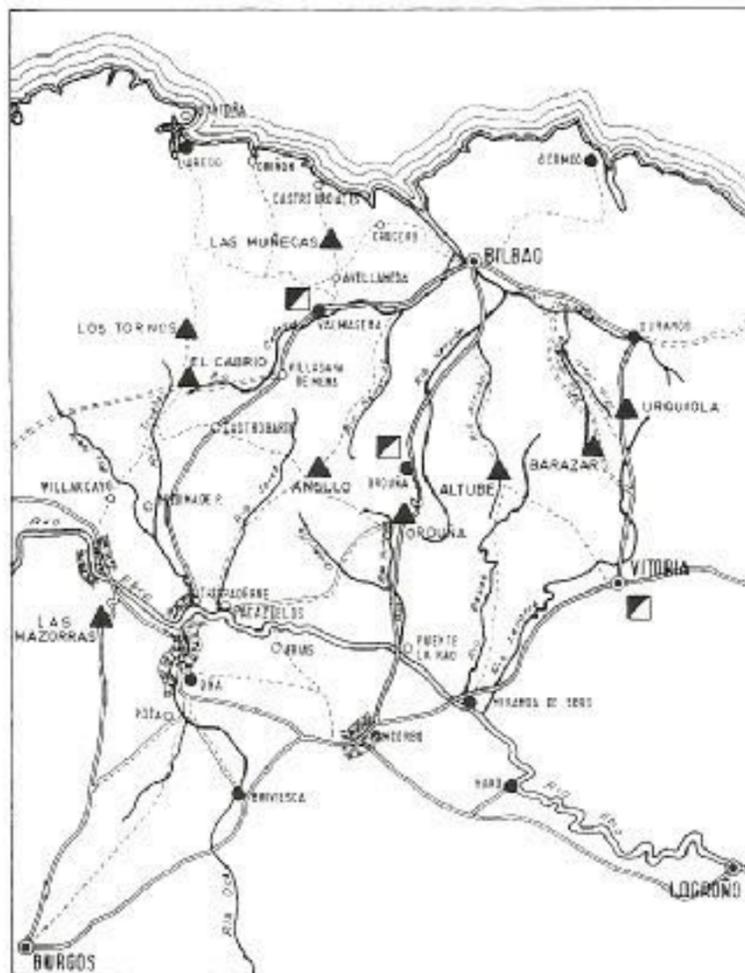
ANTECEDENTES HISTORICOS DE BILBAO

El emplazamiento de Bilbao sobre una depresión profunda y redonda cercada por relieves elevados que limitan su extensión y dificultan los accesos entre su propia región y el resto del país, no fueron obstáculo para el desarrollo de las aptitudes comerciales que sus moradores han demostrado tener a lo largo de cinco siglos.

El temor a la marginación y a quedar confinados en su rincón vizcaíno fue el motor que les impulsó a luchar por consolidar las relaciones exteriores y pusieron el máximo esfuerzo en la



CAMINOS DE BILBAO HACIA EL TRASPAS EN EPOCA HISTORICA



- RÍAS
- ▲ PUERTO
- ADUANA
- CAMINO REAL O DE GRAN IMPORTANCIA PARA BILBAO
- CAMINO SECUNDARIO
- CAMINO MUY POCO USADO
- CARRETERAS ACTUALES DE IMPORTANCIA PERO POCO USADAS EN EPOCA HISTORICA

dar vida al puerto. Se hizo necesario y vital asegurarse el comercio de un amplio espacio interior, jugando el papel de exportador de sus productos e importador de las mercancías que le eran necesarias, asentando así las bases de dominio sobre los demás puertos vecinos, a la vez que se constituía en una zona de obligada dependencia. Este espacio no podía ser otro que Castilla, concretamente Burgos, centro dinámico y comercial, de decisiva importancia desde la Baja Edad Media, y las ricas vegas del Ebro. La vinculación a estos dos puntos estratégicos proporcionarían el movimiento necesario al puerto. Sin embargo la Cordillera Cantábrica es el gran obstáculo a salvar en el acceso y comunicación entre ambas, las alturas de más de 2000 m. y los grandes problemas de nieve cerraban el paso por los puertos durante largas épocas, solamente en el extremo oriental de estas montañas, desde el valle del Mena hacia el Este, la zona divisoria presenta alturas inferiores a 1000 m. donde la nieve tiene

carácter episódico, este hecho confiere a la Villa por su situación la mejor y prácticamente la única salida natural de Castilla al Cantábrico. Tres son los caminos que desde la Ría se han utilizado como acceso hacia el interior, el camino Occidental o de Valmaseda, el camino Central o de Orduña y el Oriental por Vitoria. El más utilizado e importante a lo largo de su historia en el tráfico mercantil es el camino central, que va en línea recta hacia el sur siguiendo el curso del Nervión aunque bien es cierto que es también el que más dificultades ofrece al tener que salvar la Peña de Orduña. Pero nada hay imposible para el peculiar talante de los bilbaínos, el alarde para vencer las dificultades es la constante que a través de generaciones permanece en el espíritu de sus gentes aún hoy.

Bilbao nace por y para el comercio, el tráfico mercantil le viene dado prácticamente desde su fundación como intermediario de la lana remitida desde Burgos para su exportación a los países del Norte. El problema fue su conservación e incremento, obsesión que cuidaron celosamente los mercaderes de la Villa, pues la orientación del comercio hacia su puerto estaba determinada por la consolidación de las buenas relaciones con Burgos, centro de distribución del tráfico, y las que se establecieron más allá de las zonas de producción con las Cabañas ganaderas de las sierras Ibéricas, con los vinateros de La Rioja, y con los arrieros, centros donde se controlaban actividades de transporte organizando un sistema de retorno con carga de hierro y herramientas. También establecieron relaciones en la Corte y agentes en Madrid. Las relaciones exteriores más allá de sus costas con los principales puertos europeos Inglaterra, Flandes y el Mediterráneo, consolidadas a lo largo de la historia, fueron el pilar fundamental para el desarrollo de la actividad portuaria de Bilbao.



Estos mercaderes son los que dieron lugar a la burguesía mercantil de Bilbao, nacida del renacimiento comercial de la Baja Edad Media, consolidada y floreciente en el apogeo de los siglos XV y XVI, se mantuvo en los momentos críticos de los siglos XVII y XVIII y continuó en expansión de manera, que en la segunda mitad del siglo XIX ya triunfadora, está en condiciones de convertirse en la oligarquía financiera, la burguesía monopolista del proceso de industrialización heredera de aquella burguesía que dominó el Bilbao histórico, constituye por tanto una constante en la evolución de la Villa. Cuando la burguesía urbana hace crisis en España durante los siglos XVII y XVIII y muchas ciudades se arruinan, Bilbao mantiene sus caracteres y sus comerciantes crecen en poder y recursos ramificando los negocios a otras ciudades que hacen crecer y prosperar a la Villa. Una ciudad de burgueses que hicieron de su historia una historia civil, una comunidad urbana alejada de los ideales militares o ascéticos, preocupada por las cosas materiales del comercio muy próxima a la burguesía europea con la que se relaciona no sólo con el comercio sino incluso con lazos de sangre. Nunca perdió de vista el principio fundamental de su clase, la creación de crecientes plusvalías mediante nuevas inversiones. Fue capaz de conjugar su rígido catolicismo practicante con el materialismo de los negocios, siempre estuvo segura de que al enriquecerse con sus actividades no sólo contribuía al beneficio de la humanidad sino que además alababa a Dios. Fue, esta burguesía bilbaína, sólida con gran capacidad financiera, abierta a las corrientes europeas, liberal y ávida de información, como lo demuestra el que recibiese las últimas publicaciones desde la Enciclopedia francesa hasta abundantes suscripciones a revistas y periódicos ingleses, franceses y belgas para mantener a la urbe al corriente de la actualidad.

Por su comercio, Bilbao fue una ciudad abierta, dinámica, emprendedora y dominante. Cuando se acabaron las lanas y el carbón para las herrerías, se buscaron nuevos centros de interés invirtiendo en la agricultura, fábricas de harinas, en las rentas urbanas, y sobre todo en la transformación de las actividades tradicionales en una industria moderna con las primeras fábricas siderúrgicas y en la organización de la banca. De esta burguesía tradicional surgirá el proceso de industrialización y el camino para su transformación.

HISTORIA HOSPITALARIA

La historia hospitalaria se remonta a la tradición medieval, época marcada por el monasticismo y la Regla que San Benito de Nursia elaboró para su propio monasterio, abriéndose camino en toda la cristiandad occidental actuó como una constitución internacional durante la Edad Media, cuando el gobierno temporal se hundió y el monacato quedó como única comunidad estable. Estas comunidades se convirtieron en oasis de la vida cristiana en medio de las tierras incultas y el caos social, la institución monástica sólida y fuerte preservó la piedad y la cultura ensanchando las fronteras de la cristiandad con su actividad misionera. Los grandes monasterios aumentaron su poder e influencia al desarrollarse como poderosas corporaciones económicas, educativas y territoriales.

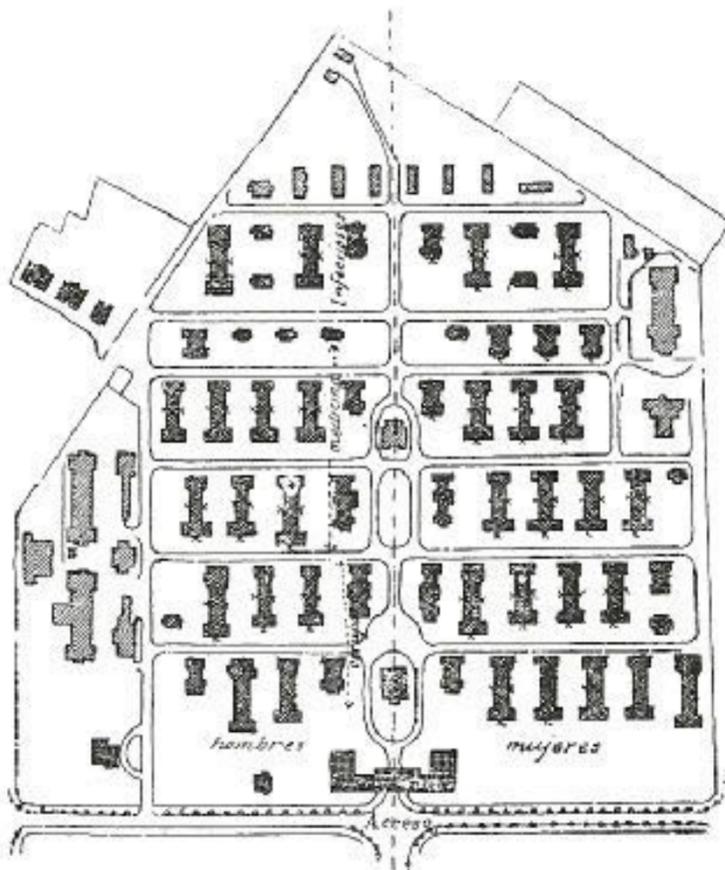
En este marco tiene lugar la aparición de los primeros hospitales, cuyas funciones no estuvieron nunca delimitadas, hospital, casa de caridad, asilo, orfanato, incluso, casa de hospedaje para viajeros y peregrinos y casa de pobres. La Regla de San Benito en el capítulo 53 dice que todo forastero que llegue será tan bien recibido como si fuera Cristo. Las órdenes monásticas se especializan en una medicina asistencial basada en la caridad cristiana y el monje asumió estas tareas con carácter obligatorio. El trabajo diario en las casas Cistercienses era realizado por hermanos seculares, los «conversi» y en las Benedictinas por los «fámuli». Progresivamente hermandades especiales de laicos se hicieron cargo del cuidado de los enfermos. Las órdenes militares desempeñaron un papel relevante en el desarrollo de los hospitales, la primera y más importante fue la orden de San Juan de Jerusalén, también llamados Hospitalarios, comienza en el año 1070 en Jerusalén al cargo de los mercaderes de Amalfi y fundada formalmente después de la conquista de Jerusalén en 1099.

Las enfermerías estaban aisladas y todas tenían una capilla para que los enfermos pudieran ver el altar y los oficios, era más urgente la comunicación con Dios que con el Médico. El carácter mesiánico del cristianismo medieval asumió que la medicina no podía limitarse a la curación del cuerpo si no se atendía al espíritu, introdujo modificaciones radicales en la situación social del enfermo, la enferme-



dad es sufrimiento y vía de purificación, sacrificio y merecimiento. La propia Iglesia limitó las posibilidades del desarrollo de la Medicina monacal prohibiendo desde el Concilio de Letrán en 1139 que cualquier eclesiástico realizara operaciones quirúrgicas.

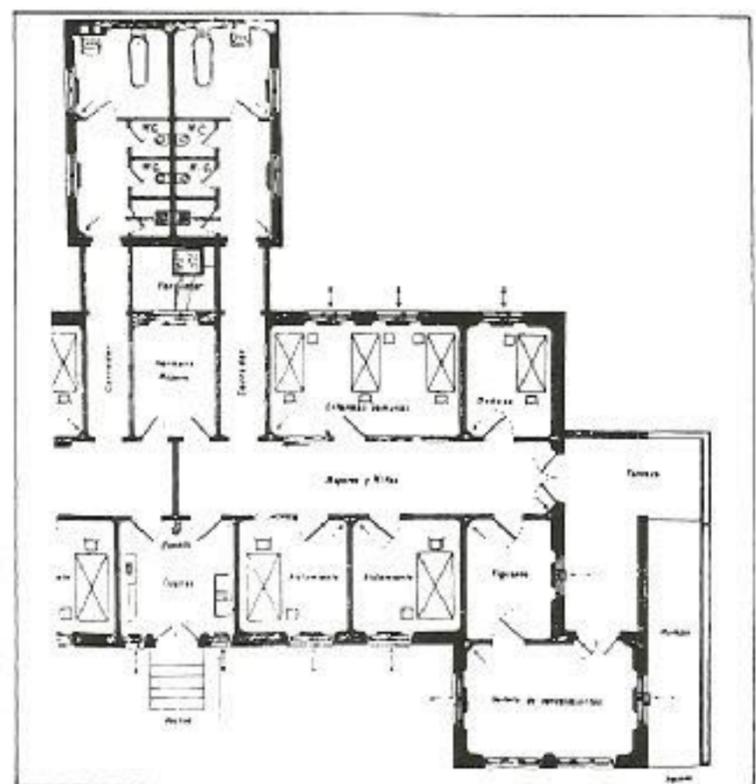
El cambio, en el horizonte humano, se vislumbra a partir del siglo XVI con el advenimiento del mundo moderno que traerá consigo la progresiva secularización de los valores y creencias cristianas y más rápidamente en los siglos XVIII y XIX. El Renacimiento, en la Medicina, aporta el conocimiento del cuerpo humano descrito por Vesalio en su magnífica obra «La fábrica». La Anatomía es el primer pilar de la cirugía, imprescindible para comprender los acontecimientos de los siglos venideros.



Se elimina el recurso a lo sobrenatural y el enfermo y la enfermedad pasan de ser considerados bajo preceptos cristianos a ser atendidos por razones de Estado. Este cambio tiene lugar por dos razones de peso, la aparición y constitución del Estado y el triunfo histórico de la burguesía. El estado moderno de la Ilustración se convierte en benefactor incluyendo en sus obligaciones la atención sanitaria de la población. La caridad cristiana seculariza su horizonte y bajo el humanitarismo ilustrado estimula y suscita el interés de los poderes públicos asumiendo en su ideario estas funciones. El cálculo, la previsión y la valoración económica del mundo trajeron como consecuencia un modo nuevo de enjuiciar colectivamente la enfermedad. Este nuevo concep-

to del mundo moderno permitió el avance de la Medicina, las nuevas técnicas, la invención e investigación dejaron atrás los elementos mágico-religiosos y las actitudes románticas, para abordar con ímpetu creador un nuevo sistema de Medicina, la Medicina Preventiva.

En la segunda mitad del siglo XVIII y XIX se produjo una profunda transformación que supuso el desarrollo del mundo moderno, la labor científica de ese momento comienza a dar resultados prácticos como la aparición de la máquina de vapor, el martillo de vapor que no se conoce hasta 1838, el método Bessemer para la obtención de grandes láminas de hierro, el dominio de los materiales constructivos, el descubrimiento de la luz eléctrica, adelantos en la agricultura en las Ciencias, Biología, Matemáticas, Física, Química, la tecnificación de la Medicina, la revolución y enriquecimiento de los conocimientos teóricos hicieron progresar las disciplinas médicas introduciéndose en la corriente de los nuevos hechos científicos y dando forma a una nueva medicina experimental basada en el pensamiento científico, natural o positivista. Ese progreso viene de la mano de la Revolución Industrial, y son Inglaterra, Francia y Alemania después, quienes llevan la dirección de este gran movimiento científico. La Industrialización europea supuso grandes cambios demográficos, laborales y sanitarios con las subsiguientes consecuencias de orden médico y epidemiológico. Los gobiernos Ilustrados incorporaron en sus programas y proyectaron con más o menos eficacia importantes mejo-



ras sociales dirigidas a la salud y el bienestar humanos. Construcción de hospitales más capaces, mejor ventilados, nuevos lazaretos para aislamiento de epidemias etc..., dieron como resultado la aparición de los primeros tratados de Higiene Pública moderna. Fue el austríaco Johan Peter Frank (1745-1821) la figura más importante en los años de la Ilustración, popularizó el término de Policía Médica refiriéndose a una nueva disciplina, la Higiene pública que sugiere la vinculación política a los gobiernos que deben ocuparse no sólo de los bienes materiales de los ciudadanos sino también de su estado sanitario. En España el gobierno de Carlos III promueve un plan de Beneficencia, conjunto de medidas higienistas y de saneamiento y policía urbana que cubra las necesidades públicas existentes en los establecimientos tanto públicos como privados.

En la segunda mitad del siglo XIX, las investigaciones de Pasteur y Koch desarrollaron la Bacteriología, siendo el primero el creador de la teoría moderna de las inoculaciones preventivas y el segundo el que desarrolló la teoría de la especificidad en las enfermedades infecciosas, permitiendo comprender aspectos epidemiológicos hasta entonces desconocidos y luchar más eficazmente contra las enfermedades Infecciosas.

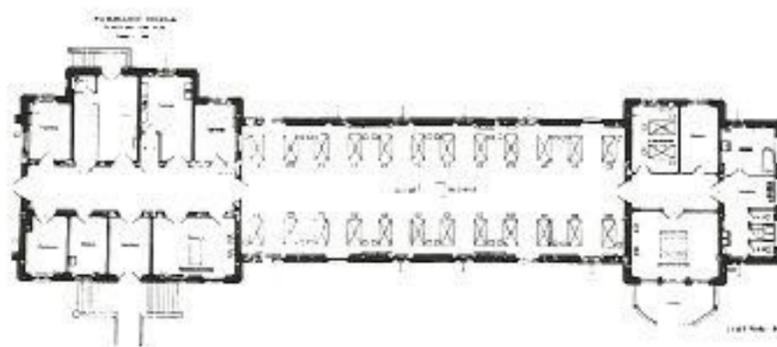
HOSPITALES

A finales del siglo XVIII comienza el estudio de los hospitales desde una base científica, edificándose bajo la tutela de los médicos, representantes del saber teórico y el buen hacer práctico, convirtiendo el hospital en centro de asistencia, docencia e investigación.

El aire impuro era el agente y la causa de la transmisión de las enfermedades infecciosas, nosocomiales y extensión de las infecciones de las heridas. Se hace necesario que los hospitales dispongan de aire puro, luz en abundancia y aguas potables exentas de materia orgánica, que tenga un buen sistema de aislamiento y que estén situados en la periferia de las grandes ciudades, permitiendo dar mayor extensión al edificio y a los jardines.

La disposición general de la construcción de hospitales a partir de la mitad del siglo XIX fue la de pabellones aislados, lo que dio al hospital un carácter racional y más utilitario.

La labor de la enfermera Florence Nightingale fue crucial en el desarrollo del aislamiento en el cuidado de los enfermos. El estallido de la guerra de Crimea en 1854, y por sugerencia de un viejo amigo, Sidney Herbert, secretario de la guerra, se



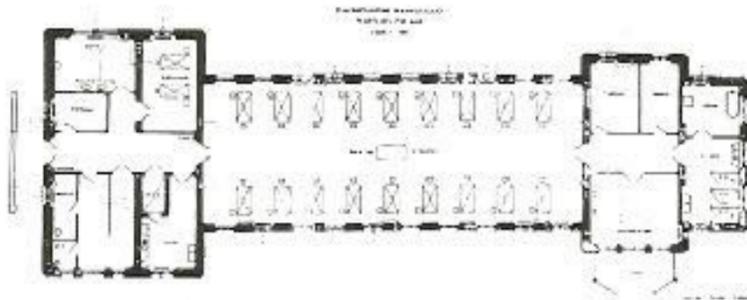
fue al lugar bélico llevándose con ella a 36 enfermeras. Con un trabajo agotador pero incansable, para el que tiene una energía férrea y una clara y eficaz capacidad de organización, redujo a un 2% la mortalidad en la epidemia de cólera y disentería frente al 42% que padecían los heridos al comienzo de la guerra en el hospital de campaña de Scutari, al otro lado del Bósforo en Constantinopla. Con la paz de Crimea en 1856, de vuelta en Inglaterra, se embarcó en una campaña para mejorar las condiciones de los hospitales ingleses.

El incremento demográfico de las ciudades industriales, así como el movimiento socialista de los obreros, condicionaron las nuevas posibilidades tanto para la medicina clínica como una parte importante de la política social. En Alemania Otto Bismark, modificó los pequeños seguros para trabajadores manuales de fábricas y los transformó en seguros completos considerando así al trabajador como parte integrante de un sistema económico capitalista. El 15 de junio de 1883 apareció la ley de Seguro de Enfermedad en Alemania.

La primera exigencia hospitalaria era la prevención y lucha contra la infección por el aire. Esto suponía unas buenas condiciones de luz y ventilación. Junto con las salas de los enfermos los quirófanos tuvieron gran auge y grandes cambios. El punto de inflexión lo marcó el cirujano de Glasgow, John Lister en 1867 cuando publicó en el Lancet un artículo sobre un método antiséptico para luchar contra las infecciones de las heridas. Con esto surge una transformación importante en la cirugía debido a la dis-



minución de la mortalidad infecciosa, permitiendo a los cirujanos técnicas más complicadas en el abordaje quirúrgico del cráneo, estómago e intestino. A pesar del gran progreso en la Antisepsia y posteriormente la Asepsia, persistió la teoría de la higiene en el aire y por lo tanto esta idea presidió en la construcción de los hospitales desde 1845 hasta 1918, con el sistema de descentralización es decir el sistema de pabellones.

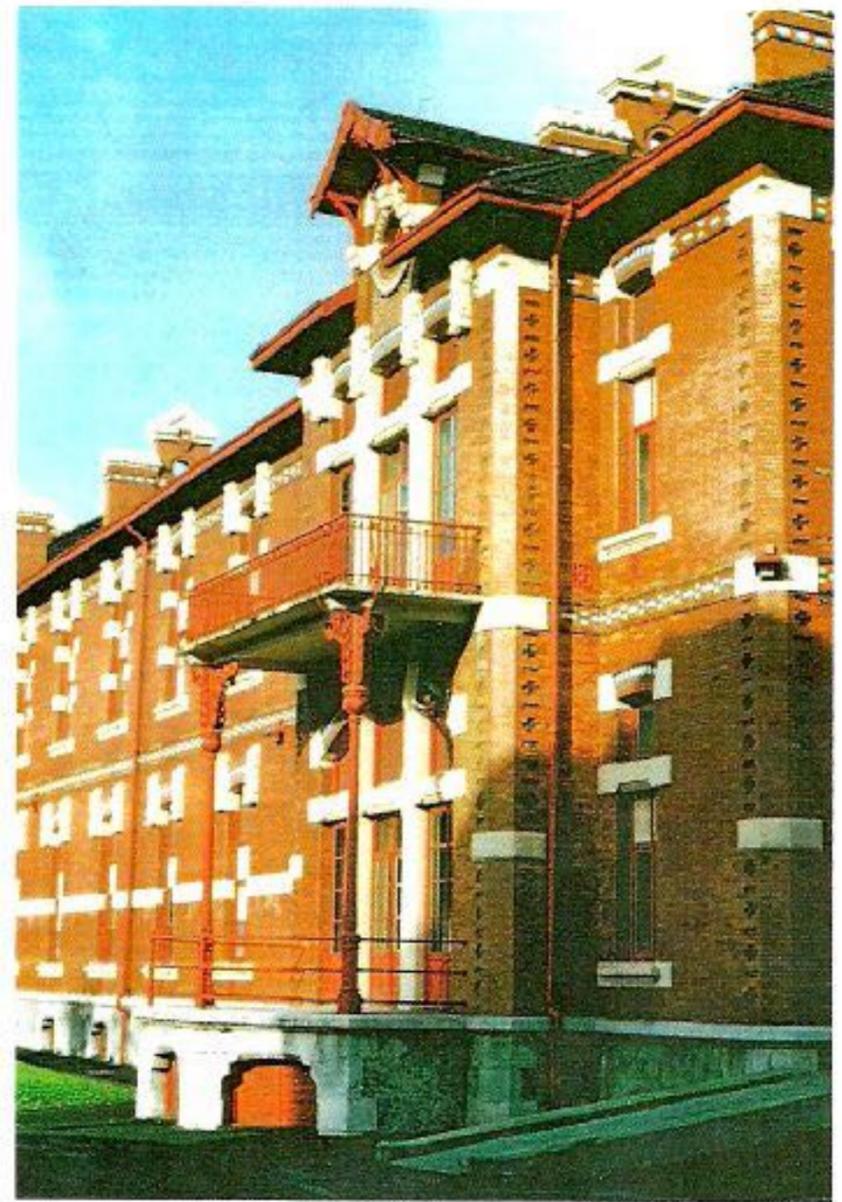


Los hospitales transformaron su aspecto tanto en la construcción externa como en la estructura interna. Por un lado mantenía el concepto antiguo de la transmisión de enfermedad infecciosa por el aire, con pabellones bien aireados, soleados y grandes zonas verdes y al mismo tiempo desde 1873 en que se aísla el germen de la difteria al igual que el de Koch y el del cólera en 1882 y 1884, con ellos se aislaron las causas de algunas infecciones y entonces se trató de evitar el contacto con este tipo de gérmenes. Esto supuso modificaciones en las estructuras de los quirófanos desde el punto de vista de la higiene y los espacios.

El aumento de los cuidados higiénicos, las exigencias médicas e intereses políticos van a poner en marcha los hospitales, convirtiéndose estos en las instituciones centrales para la salud atractivos a todos los estratos de la sociedad.

La idea de proyectar hospitales de pabellones a derecha e izquierda de un patio central, fue creada para el hospital naval de Stonehouse cerca de Plymouth en 1756-1764, por el Arquitecto Rowehead influyendo después en los lazaretos proyectados por el inglés Howard y el francés Durand en su Recueil. La plena aceptación del plano hospitalario con pabellones vino con el Hospital Lariboisiere de París proyectado en 1839 y construido entre 1846 y 1854. La condesa Lariboisiere, gracias al dinero que aportó para su construcción inmortalizó su nombre. El Arquitecto fue M. P.

Gauthier, con una capacidad de 905 camas. Se creó así una nueva época en los edificios hospitalarios. El hospital tiene un gran patio central con la administración en uno de sus extremos, la capilla y otras habitaciones en el otro y tres salas en forma de pabellón a cada lado formando ángulo recto con el patio y paralelas entre sí. En Inglaterra Blackburn en Lancashire, fue el primer proyecto con pabellones (1858-1859), obra de James Turnbull. Ejemplos famosos norteamericanos son el John Hopkins en Baltimore (1876-1889), obra de Niernsee, el Hospital Free City en Boston con sus seis antiguos pabellones restaurados y el Hospital Peter Bent



Brigham también en Boston obra de Codman y Despradelle abierto en 1913. En Alemania el Friedrichshain (1868) en Berlín, fue el primero de pabellones, le siguió el Saint Jakob en Leipzig (1871), el Tempelhof cerca de Berlín en 1875-1878, obra de Gropius y Schmiedens, y el Ependorff en Hamburgo en 1884, obra de Zimmerman y Ruppel. Ependorff terminó con la composición vertebral y colocó a más de 80 pabellones a lo largo de calles interiores, importantes ejemplos posteriores en

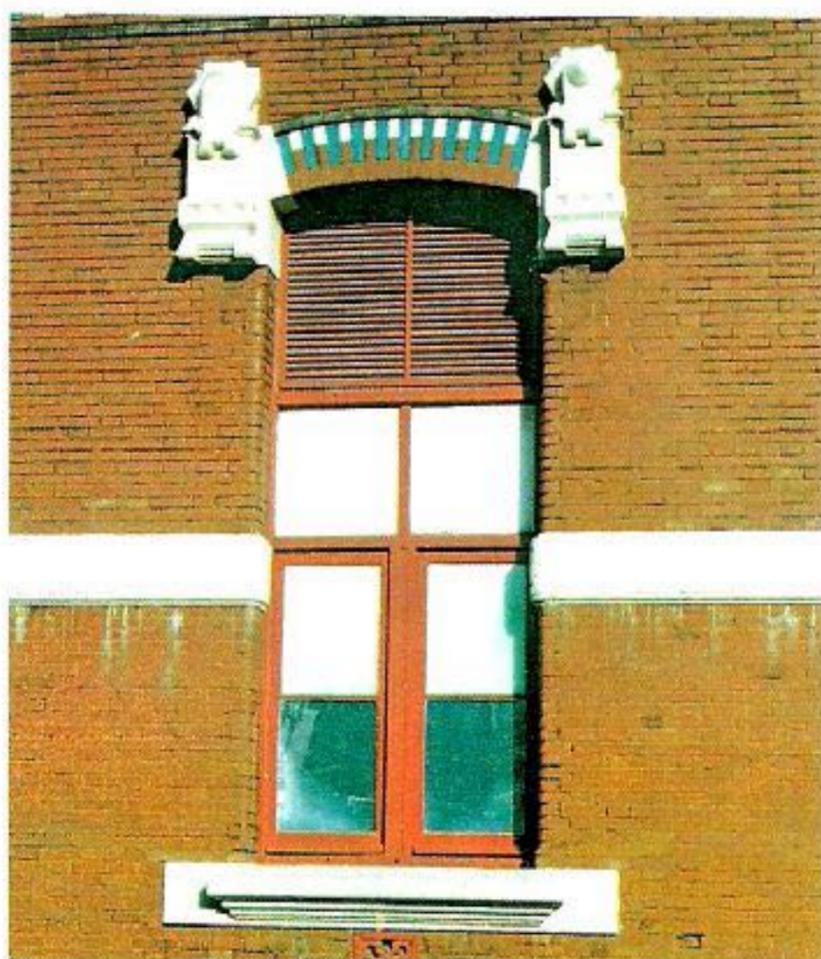


Alemania son Saint George en Hamburgo y el Rudolf Witcof en Berlín.

Con el período antiséptico y la evolución de la Bacteriología, la necesidad de hospitales de pabellones se terminaba. La nueva tendencia era de edificios compactos de pisos. La ventaja de un bloque, cuanto más alto mejor, suponía ahorro en calefacción, alumbrado, limpieza y sobre todo la elevación del coste del suelo, lo hacía impracticable.

HOSPITAL DE BASURTO

El diario El País, con fecha 28-4-98, publicaba en la



columna de la última página que cierra el periódico, un artículo de Rosa Montero titulado «Bilbao», refiriéndose al aspecto arquitectónico del Museo de Arte Contemporáneo Guggenheim como una obra magnífica, bella y deslumbrante, representante de la cultura, creatividad y modernidad. Y es que Bilbao emerge de nuevo de las aguas de su Ría, impulsora del desarrollo industrial a finales del siglo XIX hasta finales de este nuestro siglo XX, vuelve otra vez después de estos últimos años de crisis industrial y económica a resurgir la nueva imagen de ciudad, abierta al mundo.

El Bilbao de 1900, era un Bilbao nuevo, cuyas

novedades eran precisamente sus señas de identidad, la imagen de una ciudad moderna e importante cuyos edificios públicos daban ejemplo de ello, desde la Alhóndiga (1909), el Hospital (1908), la Bolsa (1905), el Cementerio (1901) pasando por el Ayuntamiento (1892), Diputación (1897), Teatro Arriaga (1890), la Cárcel (1872) y el Matadero (1878). Una ciudad próspera que crecía rápidamente. En torno a la Ría, en sus orillas, surgen núcleos importantes de viviendas y fábricas, avanzando hacia la aglomeración urbana desde el Abra a Dos Caminos, y con ella los problemas de deterioro de la calidad ambiental, afectando al paisaje y también al agua y al aire. Son los costos de la bonanza económica que se vivía con intensidad.

El Hospital de Achuri se quedó pequeño, el aumento demográfico condicionó la salud de los habitantes, y por ello se construyó el nuevo Hospital en Basurto. Los avances de la Medicina supusieron la nueva construcción de un nuevo tipo de hospital, el de pabellones. El más moderno de la época era el de Ependorff, de él comenta el Arquitecto Epalza en la reseña de los hospitales europeos que visitó, «está situado en Hamburgo, una población de 600.000 habitantes, que goza fama de rica y floreciente, como lo demuestra su hospital, porque un establecimiento como el de Ependorff, sólo pueden sostenerlo las ciudades que cuentan con grandes recursos». Bilbao también lo era.

La administración y gerencia del Hospital estaba al cargo de la Junta de Caridad bajo el patronazgo del Ayuntamiento. Como establecimiento benéfico privado, el Estado tutelaba la institución pero se mantenía gracias a la ayuda social de los vecinos del municipio, por lo que el hospital limitaba sus actividades a los menesterosos de la Villa pertenecientes al estado civil.

El nuevo Hospital Civil de Basurto es la imagen de la época floreciente de Bilbao, fue considerado como un palacio para los pobres enfermos de la villa, que dignificaba a sus habitantes colaboradores en la construcción y sostenimiento del mismo con su aportación caritativa. Fue la burguesía tradicional, más pudiente, la que asumió el grueso de las cantidades importantes que hicieron posible la creación del hospital clasificado como uno de los mejores de España del momento, y para el que se contó con un presupuesto inicial de 6.000.000 de pesetas.

Construido en la periferia de Bilbao, por el

Arquitecto designado por la Junta de Caridad, Enrique Epalza Chanfreau, distaba del centro urbano 2750 m., en una colina a 45 m. sobre el nivel del mar. Las condiciones geológicas del terreno, descritas por Epalza, lo sitúa en el Cretácico superior, como casi todo el terreno de



la provincia, es decir, final de la Era Secundaria Mesozoica o Era de las calizas, en la que tuvo lugar la retirada del mar del zócalo mesetico. En su superficie presenta una capa de tierra vegetal de 0,50 cm. de espesor, a la que siguen las arcillas asentadas sobre un banco de rocas margosas divididas en hojas aproximadas, que están en dirección vertical, lo que favorece el saneamiento del terreno. El conjunto es excelente para asentar la construcción.

El núcleo principal del establecimiento lo emplazó en la meseta más elevada, reservando para venéreas la primera meseta inferior en dirección N.O. y para infecciosos la segunda meseta inferior hacia el N. Con lo que consiguió aislar al hospital de los vientos reinantes que pasan por los pabellones de enfermos infecciosos.

El proyecto es de Pabellones de 2 pisos, que pueden ser dobles, es decir, salas reunidas por un cuerpo central donde se alojan todos los servicios menos los personales de los enfermos, los cuales se emplazan a la cabeza de las salas, y otros pabellones son sencillos. Las salas de enfermería tienen capacidad para 24 camas, a los que corresponden 10 metros superficiales, 60 metros cúbicos y 2,50 metros cuadrados de ventana por enfermo. La altura de cada piso es de 5 metros. La distancia entre los pabellones se relaciona con la altura de éstos, es decir, 25 metros, el doble del alto del pabellón. La superficie cubierta que ocupan es de 12.352 metros cuadrados. Los cimientos son de mampostería caliza, aislada de las humedades del suelo por una capa de asfalto, sobre la que se asienta el zócalo, de altura variable,

construido de sillería combinada con mampostería concertada, también caliza. Este zócalo corresponde al sótano de los pabellones que además de albergar las instalaciones de calefacción, almacén y carbonera, no tiene otro objetivo que el de ventilar el edificio

saneándolo por su parte inferior, para lo cual los huecos aparecen libres y protegidos por un cierre de metal Déploye.

Los muros de la fachada son de ladrillo prensado, atizonado es decir, colocando la parte más larga del ladrillo perpendicular al paramento. Se han empleado ladrillos esmaltados en colores blanco y azul dispuestos alternativamente en las cornisas divisorias de los pisos de algunos pabellones y en línea, sobre la hilera de los vanos, en otros, también adornando los arcos superiores de los huecos de las ventanas rematados en sus extremos por adornos en piedra artificial. Los antepechos y salmeres están contruidos en piedra artificial. Todo el conjunto adornan y alegran la monotonía del material cerámico corriente, dando a las fachadas y construcciones un aspecto sintonizado con lo mudéjar, y el neogótico, influencia de los países anglosajones, época ecléctica que predominaba en Europa, en la que los diferentes nacionalismos marcaban las distintas culturas que los integraban.

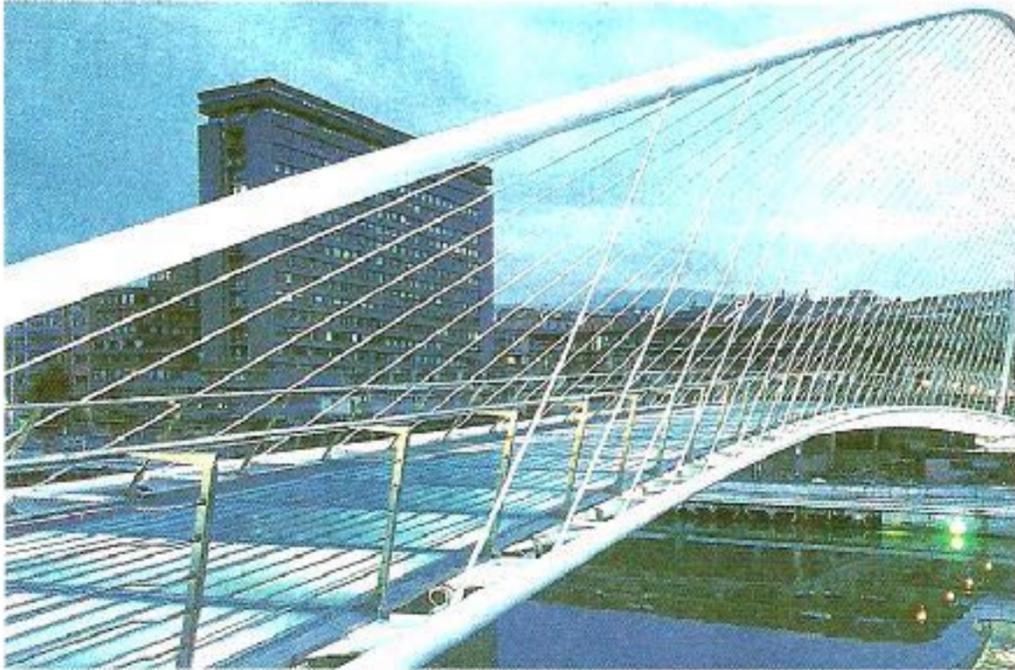
Los enlucidos de los paramentos interiores son de yeso, y las paredes pintadas al esmalte con laca sobre una preparación de pintura fabricada al blanco de zinc.

Sobre el hormigón armado de los suelos se ha colocado pavimento de baldosines de la fábrica Nolla de Valencia, formando tableros octogonales con cuadrillos coloreados, envueltos por fajas lisas.

Un plinto de golás, fabricado por Justo Vilar e hijos, de Manises, rodea todas las paredes, matando los ángulos.

La cubierta es de cuchillos de acero, sosteniendo





teja barnizada de colores formando grandes cuadros, dando un carácter muy peculiar al todo el conjunto arquitectónico.

Las ventanas, que miden 1,40 por 3,40 metros, se componen de vidriera de dos hojas con montante giratorio a la voluntad y ventanillos a plegar, todo de pino de tea pintado en color rojo. Las puertas del mismo material, llevan generalmente, grandes montantes encristalados.

Los pabellones de infecciosos son cuatro, destinados a difteria, viruela, sarampión y escarlatina. Su construcción es distinta a los demás dado el carácter especial y su destino a albergar niños, por lo que su apariencia es más ligera y atrayente.

Los muros son de fábrica de ladrillo, enlucidos y pintados con tonos claros, y las cubiertas, de cemento volcánico con lucernarios de ventilación. Las ventanas están dotadas de persianas de hierro a fin de preparar el tratamiento por medio de luces de colores.

Están divididos en pequeños cuartos de aislamiento por cierres de cristal que permiten verse a los enfermos y facilita la vigilancia. Este sistema lo adoptó Epalza después de su visita al Hospicio y Hospital de Niños, de Burdeos, en el que las superficies divi-

sorias al ser de cristal los niños se sentían reunidos y jugaban, desapareciendo el temor del aislamiento, tan común y peligroso en la infancia. Detalle a tener en cuenta en este arquitecto, preocupado por el bienestar infantil tan difícil en algunos sectores de la sociedad de entonces, facilitándoles al menos en la soledad de la enfermedad la comprensión y solidaridad.

Todos los pabellones tienen separación de sexos.

El pabellón de Administración es el más importante, en él se concentra toda la vida del nosocomio. Es la central de telé-

fonos, de los relojes eléctricos, en él están la administración del hospital, depósitos de ropa personal de los acogidos, los locales y salones de la Junta de Caridad, sala de médicos, practicantes etc. Y además contienen las habitaciones de estos últimos, así como de los altos empleados del Hospital. Los consultorios para el público, clínicas de oftalmología, electroterapia y rayosX.

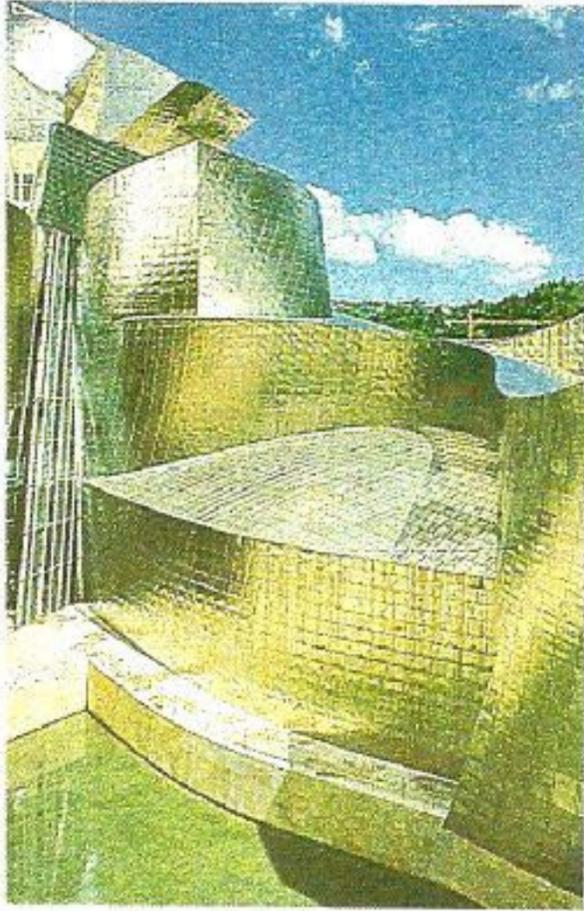
El material sanitario es de primera clase, fabricado en Inglaterra, en gres, porcelana y fundición esmaltada.

La conducción de los enfermos entre pabellones podía hacerse en carruajes o por medio de carroscamilla. También había carros especiales para la conducción de cadáveres al mortuario. Los alimentos se llevaban en carros especiales que contenían el número de vasijas y la capacidad calculada para cada sala. El transporte se realizaba por zonas asfaltadas, al aire libre, que servían de paso y comunicación con los diferentes pabellones. De la misma manera se transportaban las medicinas.

Las camas estaban compuestas de un armazón de tubos de acero que sostenían el somier metálico, las mesillas de acero y cristal con un cajón de zinc, las sillas y los sillones eran también de acero con asiento y respaldo de madera.

Hay una gran superficie destinada a jardines, en los que hay plantados arbustos, césped y árboles de hoja caduca y perenne, que alegrará la vista de los enfermos quienes podían pasear por ellos, si les era posible, y sentarse en cualquiera de los bancos dispuestos a lo largo de los jardines. También podían salir a los balcones y terrazas que todas las salas disponían. Los balcones de los primeros pisos se apoyaban sobre dos columnas de hierro cuyos capi-





teles divididos en tres puntos de apoyo a modo de finas ramas con hojas y flores conformaban las terrazas de la planta baja, resultando un pequeño pabellón que bien nos recuerda a los quioscos de música situados en medio de parques o plazas para el deleite de los paseantes.

Este edificio público representa la tenacidad de un pueblo por alcanzar sus metas. Es la época de los grandes cambios en el que la salud es el objetivo primordial para mantener el encumbramiento económico y cultural de Bilbao. Es el símbolo de un futuro, no exento de dificultades, en el que se vislumbran grandes esperanzas, vividas unas, truncadas otras, que hoy en el presente vemos ya lejanas. Es la memoria, que nos refresca estas constucciones, la que nos devuelve a la existencia del pasado para que no se nos olvide el origen del futuro. El Museo de Bellas Artes, nos recuerda también, que Bilbao junto con Barcelona fue puerta del Modernismo. En sus salas se exponen obras de los artistas vascos, que desde su tierra o desde París, crearon una escuela que refleja la imagen de las tradiciones, los sentimientos y el paisaje, con su peculiar manera de plasmar el acontecimiento de la vida. La actualidad más contemporánea está ya representando el futuro, que surge de las aguas de la Ría o se ancla en el fondo de ella. Es el Museo Guggenheim.

Mucho han cambiado los aspectos y sistemas de funcionamiento del hospital. Recuperado por el

Gobierno Vasco, forma parte del sistema sanitario público, dedicado a curar y promocionar la salud, al alcance de toda la población.

El Hospital Civil de Basurto, representó la modernidad a finales del siglo XIX, del mismo modo que el Museo Guggenheim es el futuro a finales del siglo XX.

BIBLIOGRAFIA

- GARCÍA MERINO, L.V.: *La formación de una ciudad industrial. El despegue urbano de Bilbao*. HAEE/IVAP, 1987.
- GRANJEL, L., Y GOTI ITURRIAGA, J. L.: *Historia del hospital de Basurto*. Bilbao, 1983.
- GUIARD LARRAURI, T.: *Compendio e índices de la Historia de la Noble Villa de Bilbao*. Editorial de la Gran Enciclopedia Vasca. Bilbao, 1974.
- HITCHCOCK, HENRY-RUSSEL: *Arquitectura de los siglos XIX y XX*. Manuales de Arte Cátedra. Editorial Cátedra. Madrid, 1985.
- MURKEN, AXEL HINRICH. *Vom Armenhospital zum grobklinikum*. Dumont, 1988.
- NAVASCUÉS PALACIO, P.: *Arquitectura Española (1808-1914)*. Summa Artis, vol. XXXV, Ed. Espasa Calpe.
- PEVSNER, N.: *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Ed. Gustavo Gili.
- RIERA, J.: *Historia Medicina y Sociedad*. Ed. Pirámides, S. A. Madrid.
- REVISTA ARQUITECTURA, marzo 1922. Algunos hospitales modernos.
- EPALZA CHANFREAU, E.: *Reseña de una visita a algunos hospitales españoles y extranjeros*. Imprenta Casa de Misericordia. Bilbao, 1899.



IMPORTANTE

CESADA COMO SUPERVISORA-MATRONA POR Oponerse a lo que NO ES ASUMIBLE BAJO NINGUN CONCEPTO.

EL CULEBRON EMPEZO HACE MESES, CON MOTIVO DE LA PRETENSION DEL GERENTE, JEFE DE ANESTESIOLOGOS Y DIRECCION DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL "PRINCIPE DE ASTURIAS" DE ALCALA DE HENARES, PARA QUE LAS MATRONAS ASUMAN FUNCIONES DE ANESTESIOLOGO DURANTE EL ACTO QUIRURGICO DE LA ANESTESIA EPIDURAL.

LAS MATRONAS, EN BLOQUE, HAN PRESENTADO UNA PROTESTA EN ESTOS TERMINOS:

Los abajo firmantes, trabajadores del Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, mediante el presente escrito queremos hacer constar nuestra protesta por el cese en el cargo de Supervisora de Matronas del Hospital y que ha sido propuesto en la persona de Doña María Jesús Isla Orte.

La protesta está fundada en:

1. Entendemos que dicho cese es una represalia directamente relacionada (tal y como ha manifestado la Dirección de Enfermería) con la reclamación interpuesta ante la Dirección Territorial del Insalud, Madrid, por Doña María Jesús Isla y el resto de matronas, en contra del Protocolo Asistencial al Parto, que obligaba a las matronas a realizar los actos profesionales de preparación, carga, administración y vigilancia de la Anestesia epidural y raquídea durante el parto, así como la retirada del catéter. Actuaciones quirúrgicas correspondientes, en exclusiva, a los anestésistas.

En todo momento, Doña María Jesús Isla y el resto de las matronas reclamantes, han actuado dentro de la más rigurosa responsabilidad y legalidad, teniendo en cuenta únicamente criterios profesionales, sin deslealtad ni su equipo, ni a la Dirección del Centro, poniendo de manifiesto, según los Informes obtenidos del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología de la Asociación de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, así como de la Asociación Española de Matronas, que:

"... la realización por parte del personal de enfermería y matronas de los actos profesionales de preparación administración y vigilancia de la anestesia epidural durante el parto no puede ser delegada por el especialista en Anestesiología y Reanimación, no sólo por cuanto dichas funciones, actos, son calificados de profesionales directamente para ellos, sino, igualmente, por las específicas circunstancias que supone la aplicación de tal acto médico que, indudablemente, requiere una capacitación profesional de la que adolecen los colectivos anteriormente referidos.



IMPORTANTE

Tan es así que las consecuencias derivadas de la actuación efectuada por persona no capacitada para ello, pudiera ser constitutivas no sólo de la correspondiente responsabilidad civil, sino, lo que es más grave, de tipos delictivos como el de intrusión profesional, cuando no de imprudencia con resultado de lesiones o de muerte".

Como resultado de la reclamación interpuesta, la Dirección Territorial del Insalud Madrid, dio las instrucciones pertinentes a la Gerencia, a fin de dejar sin efecto la aplicación del referido Protocolo, tal y como se notificó a los reclamantes en fecha 7 de Abril de 1999.

2. Que estimamos que Doña María Jesús Isla Orte, con su trabajo y profesionalidad, ha conseguido salvar dificultades en multitud de ocasiones en que las tareas cotidianas exigían coordinación y trabajo en equipo. Ha conseguido aglutinar a profesionales e ideas, mejorando sin duda alguna la eficiencia de nuestro Servicio de Obstetricia.
3. Que Doña María Jesús Isla no ha sido ajena al reconocimiento público del que ha sido objeto la atención obstetricia en el hospital. Atención estimada como ejemplar por parte de toda la opinión pública dentro del área sanitaria a la que atiende y así, durante estos años, han sido muchas las muestras de agradecimiento que el colectivo de matronas liderado por María Jesús Isla ha recibido.
4. Que consideramos que el buen hacer profesional y humano con el Doña María Jesús Isla ha desempeñado su labor como supervisora de matronas, no puede ser finalmente saldado con la arbitraria desconsideración que el cese propuesto por la Dirección de Enfermería del Hospital deja patente.

Por todo ello queremos hacer llegar al equipo directivo del hospital nuestra enérgica protesta por un cese injusto e ilegal y que creemos no contribuirá a mejorar las condiciones del trabajo cotidiano y finalmente la atención prestada al usuario .

En Alcala de Henares, a

La Asociación Española de Matronas y el Colegio Oficial de Enfermería de Madrid están atendiendo paso a paso las diferentes medidas jurídicas que se están iniciando.



MID WIFERY AND
SAFE MOTHERHOOD
BEYOND THE YEAR
2000



**TRIENNIAL CONGRESS
OF THE INTERNATIONAL
CONFEDERATION
OF MIDWIVES**

22-27 May 1999 Manila, Philippines

ITINERARIO BASE

PRECIO POR PERSONA EN HABITACION DOBLE:

221.000 ptas.
(Mínimo 30 pasajeros)

21 de mayo: Madrid/Amsterdam/Manila
Presentación en el Aeropuerto de Madrid - Barajas, salidas internacionales, mostrador de KLM a las 13.15 h. para salir en vuelo de KL 1704 a las 15.10 h. con destino Amsterdam. Llegada a las 17.40 h. y conexión con el vuelo KL 807 a las 19.30 h. con destino Manila. Noche a bordo.

22 de mayo: Manila
Llegada a las 18.15 h. Traslado al hotel y alojamiento.

23 al 26 de mayo: Manila
Alojamiento y desayuno americano en el hotel. Días libres para asistir al Congreso o para realizar alguna excursión opcional.

27 de mayo: Manila/Amsterdam
Desayuno. Tiempo libre hasta la hora del traslado al aeropuerto para salir en el vuelo KL 808 a las 19.40 h., con destino Amsterdam. Noche a bordo.

28 de mayo: Amsterdam/Madrid
Llegada a las 7.00 h. y conexión con el vuelo KL 1703 a las 10.35 h. con destino Madrid. Llegada a las 13.10 h.

- EL PRECIO INCLUYE:**
- Billetes aéreos en clase turista con la Compañía KLM.
 - Traslados Aeropuerto/Hotel/Aeropuerto en autobús privado para el grupo con guía de habla hispana.
 - Alojamiento y desayuno americano en el hotel Sofitel Manila.
 - Seguro de viaje, incluido equipaje, de la Compañía Winterthur.

- EL PRECIO NO INCLUYE:**
- Tasas de aeropuerto (aproximadamente 2.500 Ptas.)
 - Visados en el supuesto que fueren necesarios.
 - En general, cualquier otro gasto o servicio no especificado en el apartado «incluye».

IMPORTANTE:
Se precisa que el pasaporte tenga una validez mínima de 6 meses.

EXCURSIONES OPCIONALES:

Nº PASAJEROS	2	3-5	6-9	10-14
MANILA (4 horas) L,	6.500	5.800	5.000	3.500
CORREGIDOR ISLAND (8 horas)	13.500	12.650	11.800	10.600
CATARATAS PAGSANJAN (8 horas)	23.700	17.100	13.300	9.900

INFORMACION Y RESERVAS: ULTRAMAR EXPRESS, S.A.

Leganitos, 47 - 8.a planta
28013 MADRID
Tel. 91 540 15 72/69
Fax 91 542 95 19

(Enviar esta hoja cumplimentada con la reserva y forma de pago)

Apellidos.....Nombre.....
Domicilio.....Población.....
Código Postal.....Teléf.....Fax.....Teléf. Trabajo.....

Programa Base: 221.000 Ptas. Extensión Vietnam: 287.800 Ptas.
Extensión Bali: 167.800 Ptas. Extensión China: 202.500 Ptas.
(Depósito de Ptas. 50.000, al efectuar la reserva en firme, resto del pago a la entrega de la documentación definitiva del viaje).

- Tarjeta de Crédito: VISA/American Express/Master Card. (N.º de tarjeta y fecha de caducidad)
- Cheque a nombre de ULTRAMAR EXPRESS, S. A.
- Transferencia bancaria a: ULTRAMAR EXPRESS, S. A.

Banco Bilbao Vizcaya. N.º cuenta corriente: 0182/4011/80/10011512226
C/ Gran Vía, 61 - 28013 MADRID (dando como referencia «C. Matronas Manila»)



EXTENSIONES POST-CONGRESO

EXTENSION VIETNAM
(Mínimo 2 personas)**27 Mayo - Jueves****Manila/Singapur/Ho Chi Minh**

- Traslado hotel aeropuerto, salida vuelo Cia. Singapore Airlines a las 08.15 h. con destino Singapur y conexión a Ho Chi Minh.
- 15 h. llegada, Recepción en aeropuerto.
- Traslado Hotel "Kindo" Alojamiento.

**28 Mayo - Viernes
Ho Chi Minh**

- Desayuno en el hotel.
- Excursión a las famosas túneles de Cu Chi, los cuales fueron excavados durante la Guerra de Vietnam.
- Visita del Templo de Cao Dai en Tay Ninh.
- Alojamiento.

**29 Mayo - Sábado
Ho Chi Minh/Da Nanh**

- Desayuno en el hotel
- Excursión a Saigon y Cholon.
- Por la tarde, salida en vuelo con destino Da Nanh.
- Llegada, traslado al hotel de 1ª categoría.
- Alojamiento.

**30 Mayo - Domingo
Da Nanh**

- Desayuno en el hotel
- Visita a esta interesante ciudad.
- Tarde libre.

**31 Mayo - Lunes
Dan Nanh/Hoi An**

- Desayuno en el hotel
- Excursión a Hoi An, una de las más bellas ciudades de Vietnam.
- Continuación a las Montañas Marble y a la playa de China.
- Por la tarde tiempo libre.
- Alojamiento en Da Nanh, hotel 1ª categoría.

**01 Junio - Martes
Da Nanh/Hue**

- Desayuno en el hotel
- Visita del Museo Cham, continuando a través de Pass of the Ocean Clouds de Hue, la ciudad imperial más antigua. Visitarán algunos de los famosos Mausoleos
- Alojamiento en Hue 1ª categoría.

**02 Junio - Miércoles
Hue/Hanoi**

- Desayuno en el hotel.
- Cruce por el Rio Perfume. Visitaremos el Thien Mu Pagoda y varios Mausoleos.
- Por la tarde, visita del teatro Wsterpuppet.
- Alojamiento.

**03 Junio - Jueves
Hue/Hanoi**

- Traslado al aeropuerto y salida en vuelo con destino Hanoi.
- Llegada y traslado al hotel "Dalwoo" ó "Sofitel Metropol"
- Visita de la ciudad, por la tarde •Alojamiento.

**04 Junio - Viernes
Hue/Hanoi**

- Traslado Aeropuerto y salida con destino Hanoi.
- Llegada, traslado al hotel.
- Por la tarde visita de la ciudad.

**05 Junio - Sábado
Hanoi/Bangkok/Amsterdam**

- Desayuno y traslado al aeropuerto para salir en vuelo de Air France a las 19.35 h. con destino Bangkok.
- Llegada a las 21.20 h. y conexión con vuelo de KLM a las 23.20 h.

**06 Junio - Domingo
Amsterdam/Madrid**

- Llegada a las 05.45 r. y conexión con el vuelo de KLM destino Madrid, llegada a las 09.50 h.

Precio por persona: 287.800 Ptas.
(Se precisa visado)EXTENSION BALI
(Mínimo 2 personas)**27 Mayo - Jueves
Manila/Singapur/Denpasar**

- Traslado aeropuerto salida en vuelo Philippine Airlines a las 15.00 h. con destino Singapur y conexión con vuelo de Qantas Airways a Denpasar (Isla de Bali).
- Llegada a las 23.50 h. traslado al Hotel "Hilton", Alojamiento.

**28 Mayo - Viernes
Denpasar**

- Desayuno en el hotel.
- Mañana libre para disfrutar de las paradisíacas playas de esta isla.
- Por la tarde salida para asistir a una representación de Danzas Barong y visita del Templo Sagrado de Mengwi, para terminar nuestra excursión en el Templo de Tanah-Lot, donde asistiremos a la impresionante puesta de sol.
- Alojamiento.

**29 Mayo - Sábado
Denpasar**

- Desayuno en el hotel.
- Excursión al volcán de Kintamani, con almuerzo.
- De regreso, visita de los pueblos artesanos y pintores de Ubud y Mas.
- Alojamiento.

**30 Mayo - Domingo
Denpasar**

- Desayuno en el hotel.
- Día libre. Alojamiento.

**31 Mayo - Lunes
Denpasar/Jaikarta/Amsterdam**

- Desayuno y tiempo libre, hasta el momento del traslado al aeropuerto, para salir en vuelo de la Compañía Garuda a Jakarta, y conexión con el vuelo KLM a las 19.05 h, Amsterdam.

**01 Junio - Domingo
Amsterdam/Madrid**

- Llegada a las 06.00 h. a Amsterdam y conexión con el vuelo KLM 703 a las 10.35 h.
- Llegada Madrid a las 13.10 h.

Precio por persona: 167.800 Ptas.EXTENSION CHINA
(Mínimo 2 personas)**27 Mayo - Jueves****Manila/Hong Kong/Pekin**

- Traslado aeropuerto salidas a las 13.05 h., vuelo compañía Cathay Pacific con destino Hong Kong, y conexión a Peking Cia. China Int.
- Llegada a las 20.10 h. y traslado al hotel "Ramda Beijing".

**28 Mayo - Viernes
Pekin**

- Desayuno en el hotel.
- Visita a la Plaza de Tiam An Men, Palacio Imperial (Ciudad Prohibida) y Palacio de Verano, con almuerzo.
- Por la noche, Opera de Pekin.
- Cena libre.

**29 Mayo - Sábado
Pekin**

- Desayuno en el hotel.
- Excursión día completo a la Gran Muralla China con almuerzo.
- Noche, cena especial de pata laqueada.

**30 Mayo - Domingo
Pekin/Xian**

- Desayuno en el hotel. Traslado aeropuerto y salida en vuelo con destino Xian. Llegada, traslado al Hotel «Lee Garden» y alojamiento. - Visita de la muralla y de la ciudad antigua de Xian. Cena en el Hotel.

**31 Mayo - Lunes
Xian/Shangai**

- Desayuno en el hotel.
- Visita de los Guerreros de Terracota. Almuerzo Rte. chino. Salida en vuelo con destino Shangai. Llegada y traslado al Hotel «Shangai» y alojamiento, Visita de la ciudad.

**01 Junio - Martes
Shangai/Madrid**

- Desayuno en el hotel.
- Traslado al aeropuerto y salida en vuelo de KLM a las 08.25 h. con destino Amsterdam. 13.40 h. conexión con el vuelo KLM 705. 16.25 h. Llegada a Madrid a las 19.00 h.

Precio por persona: 202.500 Ptas.
(Se precisa visado)

Estos precios incluyen:

Billetes aéreos. Traslados de llegada y salida, aeropuerto-hotel-aeropuerto. Excursiones y servicios según itinerarios. Seguro de viaje. Guías de habla francesa o inglesa en Vietnam y de habla hispana en Bali y China. los visados de entrada pueden ser gestionados por Ultramar Express, no estando incluido su costo, que sería según consulados.





**CONGRESO TRIENAL
DE LA CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE
MATRONAS.**

"La profesión de matrona y la maternidad segura más allá del año 2000"

**PRECONGRESO DIAS- 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21 SESIONES DE TRABAJO
DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE LA C.I.M.**

PROGRAMA DEL CONGRESO

Día 22.- 9.00-17.00 h. Entrega de Documentación.

9.00-12.00 h. TALLER: Infecciones de la mujer en edad fértil.

16.30-21.30 h. Ceremonia de Apertura.

Día 23.- TEMÁTICA:

Los derechos de las mujeres y reproducción.

Definición y perspectivas de futuro.

Extensión de los programas de inmunización en la promoción de la salud de los niños y recién nacidos.

TALLER: "Ética y Regulación Legal.

Día 24. TEMÁTICA:

Comprender el ciclo vital de la mujer.

Promoción de los derechos de los niños.

Maternidad segura en diferentes países.

Cuidados de las matronas a las personas con H.I.V./A.I.D.s..

Mujeres con discapacidades y calidad de vida.

TALLER: "Investigación"

Día 25. TEMÁTICA:

Mujeres y violencia familiar

Niño/niña: género y salud materna.

Los efectos de las políticas económicas en la maternidad segura.

Prevención de las infecciones durante la gestación, el parto, el puerperio y en el recién nacido.

Formación de las matronas en Asia-Pacífico.



Día 26.- TEMÁTICA:

Mutilación genital de la mujer.
 Control de las infecciones respiratorias en los niños menores de 5 años.
 Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños.
 Protección de los cuidados de las enfermedades transmisibles.
 Talento y habilidades de las matronas en el mundo.
 Consejo en las enfermedades congénitas.
 TALLER: "Matronas en formación".

Día 27.- TEMÁTICA: Cuidando las bases de la práctica de las matronas.

INFORME DE LA C.I.M.
 CEREMONIA DE CLAUSURA.

INSCRIPCIONES AL CONGRESO:	Hasta el 22-V-99	Durante el Congreso
Delegadas o congresistas	500 \$ USA	550 \$ USA
Por un día	100 \$	130 \$
Acompañantes	200 \$	225 \$
Secretaría del Congreso: GOLDEN GROOVE STREET. BARTVILLE SUBDIVISION. BARANGAY DE LA PAZ. PASIG CITY, PHILIPPINES. TELEFAX: 645 74 10 / 724 53 38 / 732 73 14		

IV CONGRESO NACIONAL
LA MUJER. FEMENINA Y MATERNA
HUMANIZACION EN LA MATERNIDAD Y CALIDAD DE VIDA
EN EL SIGLO XXI.

19 Y 20 DE NOVIEMBRE DE 1999

LUGAR:

*ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE LA AUTONOMIA
 DE MADRID*

ORGANIZA:

*SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA INTEGRAL Y
 MEDICINA (PSIME)*

DIRIGIDO A:

*PROFESIONALES DEL CAMPO OBSTETRICO,
 PSICOLOGOS Y PADRES*

INFORMACION:

TEL/FAX: 91 553 68 00



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

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



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN A LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE MATRONAS

APELLIDOS Y NOMBRE _____
DOMICILIO _____ C.P. _____
POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____
TLF/FAX _____ D.N.I. _____
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____
CENTRO DE TRABAJO _____
Nº DE COLEGIADA _____
OBSERVACIONES _____

ORDEN DE DOMICILIACIÓN

TITULAR _____ D.N.I. _____
ENTIDAD/BANCO _____
DOMICILIO DEL BANCO _____
POBLACIÓN PROVINCIA Y C.P. _____

BANCO	OFICINA	DC	Nº DE CUENTA

Sr. Director:

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

Atentamente,

Fecha y firma.

