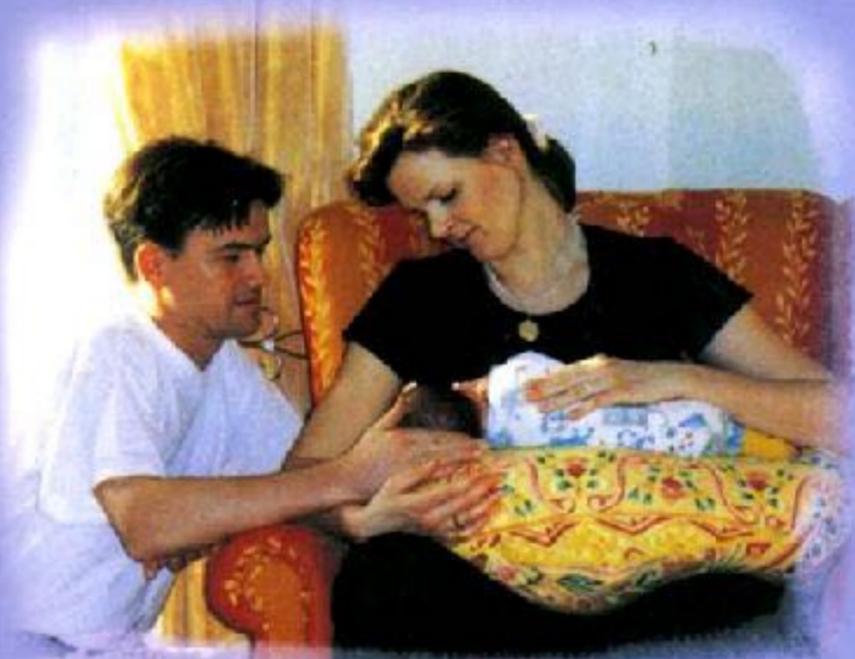


matronas hoy

NUEVA ETAPA

REVISTA DE LA ASOCIACION DE MATRONAS

Nº 14 - 2ª ETAPA, 2000



Midwives

Hebamme



Sage-femme

Parteras

Matronas



Jordemoeder

Obstétrica





REVISTA DE LA ASOCIACION
ESPANOLA DE MATRONAS

Nº 14 - 2ª ETAPA, 2000

STAF

Dirección

M^{re} Angeles Rodríguez-Rozalén

Asesoras

Ana Aguilá Gorges. Zaragoza
Teresa Cabrera. Madrid
Lucía Calderon. Madrid
Carmen Hernández. Canarias
Adela Sanchez. Castilla-La Mancha
Ana Martinez. 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. 3

SECCION CIENTIFICA

SATISFACCION PROFESIONAL DE LAS
MATRONAS DE LAS AREAS 9 Y 10
DE LA COMUNIDAD DE MADRID Pág. 5

NOTICIAS

CASAS PARA NACER Pág. 17

SECCION CIENTIFICA

REVISION BIBLIOGRAFICA EFECTO
DE DROGAS DE DISEÑO EN EL
FETO Y EL RECIEN NACIDO Pág. 20

¿CONOCEN A LA MATRONA
LAS MUJERES USUARIAS DE LOS
CENTROS DE SALUD
DE LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA DE MADRID? Pág. 27

FUMAR EN EL EMBARAZO;
CONSECUENCIAS PERINATALES
Y CAMBIOS DE CONDUCTAS Pág. 41





El Instituto Nacional de Estadística, como fuente fiable asegura que en 1998 nacieron en España 361.930 niños. Esta cifra para una población de 40.000 millones representa un crecimiento vegetativo irrisorio. Pero "no quiero aburrir demográficamente". Lo que persigo es concienciar al colectivo sobre la importancia de asumir definitivamente el marco funcional y los programas de salud, para la mujer fuera de la sala de partos..

En la actualidad estamos asistiendo los partos de las mujeres que nacieron en la década de los 70, del Baby Boom (650.000 anuales).

Por lógica si no se produce un desvío radical de la tendencia entre el año 2010 y 2025 asistiremos a las mujeres que nacieron entre los años 1985 y 2000, aproximadamente, que no serán más de 180.000, y así sucesivamente dividiendo por 2.

Obviamente, las cosas no van a suceder matemáticamente, y tenemos que contar con el incremento de nacimientos que se producirá con la inmigración y las políticas de ayuda a la familia que supuestamente deberán hacer los gobiernos de los próximos años.

Aún así, y por si acaso, más vale que a medio plazo la matronas tengamos bien resuelto el rumbo de donde aplicar nuestros conocimientos y habilidades dentro y fuera del paritorio.

Li Anselas Rodríguez



XX CERTAMEN DE ENFERMERIA SAN JUAN DE DIOS

El pasado viernes 3 de marzo se celebró el "XX Certamen de Enfermería San Juan de Dios". En dicho Certamen fue concedido el 2º Premio (ex aequo) al trabajo de investigación *¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto?*, sus autoras son: Raquel Ortega Pineda, Grisela Sánchez Martínez y Ana García Ruiz-Castillo, coordinado por M^a Isabel Sánchez Perruca, Jefa de Estudios de la Unidad Docente de Matronas del Insalud de Madrid. Dicho estudio fue realizado en el Hospital Universitario "La Paz" durante el período de formación de las autoras en la Especialidad de Enfermería Obstétrico - Ginecológica (Matrona).



En este trabajo participaron 316 mujeres asistidas por matronas o residentes de matronas del Hospital Maternal "La Paz". En el se describe la importancia que dan las mujeres a los cuidados que ofrece la matrona y en qué grado son satisfechos estos cuidados. En los resultados obtenidos, se confirma la importancia que tiene para las mujeres los cuidados prestados durante el trabajo de parto para hacer frente al estrés de dicho proceso, así como los aspectos en los que debe mejorar con el fin de asegurar una atención integral a la mujer.

Las autoras agradecen su colaboración a las mujeres que participaron en el estudio y al personal de enfermería del Hospital Maternal, muy especialmente a las matronas que validaron el cuestionario. Resaltar, de manera muy especial, la inestimable ayuda prestada por la Unidad de Investigación del Hospital Universitario "La Paz".

SATISFACCIÓN PROFESIONAL DE LAS MATRONAS DE LAS ÁREAS 9 Y 10 DE LA COMUNIDAD DE MADRID

COORDINADORA:

Maria Isabel Sánchez Perruca.

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

AUTORAS:

Maria Olaya Bernabé Cases

Maria Ascensión Sánchez Gea

Residentes de 2º año de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona) de la Unidad Docente de Matronas de Madrid.

DIRECCIÓN:

Maria Isabel Sánchez Perruca.

Jefa de Estudios. Unidad Docente de Matronas de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería "La Paz".

Paseo de la Castellana, 261 28046 Madrid Teléfono: 91 7294255 Correo electrónico: isanchez@hulp.es

RESUMEN:

*Con el presente trabajo de investigación, se pretende hacer un estudio sobre los factores que influyen en el grado de satisfacción profesional de las matronas que trabajan tanto en Atención Primaria (A. Primaria) como en Atención Especializada (A. Especializada) de las áreas 9 y 10 de Madrid.

*Se realiza un diseño descriptivo transversal cuyo instrumento de medida es un cuestionario autocumplimentado, versión española de Tecumseh Community Health Study (TCHS). Los datos obtenidos se tratan en el paquete estadístico SPS PLUS.

*La tasa global de respuesta fue del 72 %; donde el factor más valorado es el Factor 2: Satisfacción en el trabajo actual (3.96 +/-) y el peor valorado es el Factor 6: Promoción profesional (2.59 +/-).

*En A. Primaria son mejor puntuados todos los factores que en A. Especializada; sin embargo no existen diferencias significativas si se analizan los resultados en las matronas con diferentes planes de estudios.

PALABRAS CLAVES:

Satisfacción; insatisfacción; matrona; motivación; rol; enfermera.

INTRODUCCIÓN:

La ocupación de la matrona es una de las primeras profesiones especializadas que se encuentra en cualquier sociedad; a pesar de ello, a parte de los libros de texto y publicaciones técnicas, se ha escrito muy poco sobre el tema y casi nunca lo han hecho las propias matronas.

Pelmutter y Hall (1992) (5) afirman que el trabajo ocupa una considerable porción de la vida de un adulto y su influencia abarca casi todos los aspectos de la misma.

El trabajo puede ser una fuente de gran satisfacción, especialmente cuando ofrece un sentido de creatividad, productividad o logro (Garfinkel 1982). El trabajo también puede ser una fuente de estrés que puede conducir a la depresión.

Lo que se pretende estudiar con este proyecto es el grado de satisfacción profesional de las matronas de A. Primaria y A. Especializada de las áreas 9 y 10 de Madrid.

El interés por este tema surge a raíz de la observación del trabajo diario de las matronas desde la perspectiva de las residentes de esta especialidad.

Existen diferentes definiciones de Satisfacción Profesional, se ha elegido la siguiente: "sensación personal de agrado en el desempeño de la actividad profesional normal".

La importancia de desarrollar este estudio radica en:

-La satisfacción de los profesionales suele considerarse como uno de los componentes de la calidad del servicio.



-El grado de satisfacción influye en la relación matrona - usuaria/o.

-La insatisfacción profesional se suele reflejar en absentismo, agresividad y bajo rendimiento.

-En el ámbito personal es un reflejo de la autorrealización de uno mismo en el ámbito laboral.

Se considera que este estudio puede ser útil en la práctica profesional si se consiguen detectar los factores que influyen positiva o negativamente en el trabajo de las matronas, reforzándolos o modificándolos si es posible y/o necesario.

Desde una perspectiva teórica, la importancia de este estudio radica en que aunque existen múltiples investigaciones que estudian la satisfacción profesional en el campo de la salud, es difícil encontrar alguno específico para matronas, de este modo, se pretende colaborar en el desarrollo y mejora de la profesión.

El que la base de esta investigación se sustente sobre todo en estudios realizados en el ámbito de Enfermería, se debe a dos factores: primero por la dificultad de hallar documentación sobre este tema a nivel de matronas y también por el hecho de que enfermera - matrona está íntimamente relacionados.

Los autores estudiados durante la revisión bibliográfica utilizan como método de trabajo diferentes escalas de medida y cuestionarios.

No existe unanimidad de criterios en cuanto al grado de satisfacción / insatisfacción profesional, pero en líneas generales los diversos estudios son coincidentes en:

-Que las relaciones con las usuarias/os y compañeros son los factores que más influyen en la satisfacción profesional.

-Que factores como la falta de prestigio profesional, escasas oportunidades laborales y de promoción junto con aspectos retribuidos originan mayor tendencia a la insatisfacción profesional.

Así, este proyecto, intenta añadir una pequeña aportación al vacío existente en el campo de la investigación de las matronas relacionado con la satisfacción - motivación - rol profesional.

OBJETIVOS:

1. Conocer el grado de satisfacción profesional de las matronas que desarrollan su actividad profesional en las áreas 9 y 10 de Madrid.

2. Valorar la influencia de las características de la población en relación con la satisfacción profesional.

MATERIAL Y MÉTODO:

El tipo de estudio que se decidió utilizar fue un diseño descriptivo transversal, con el fin de obtener una descripción de la situación actual del grado de satisfacción en el trabajo de la matrona que se llevó a cabo entre Mayo y Septiembre de 1999.

Es muy difícil poder determinar la validez de un instrumento de medida; en lo que se refiere a la que presentaba este estudio debemos tener en cuenta que se trabajaba con mediciones de carácter subjetivo, por lo tanto no es común encontrar pruebas sólidas que sustenten dicha validez.

Se consideró para poder realizar el estudio a la totalidad de las matronas que desarrollaban su actividad laboral en las áreas 9 y 10 de Madrid, tanto en los Centros de A. Primaria de Fuenlabrada, Leganés, Humanes, Getafe, Parla, Pinto y Griñón; como los hospitales de referencia que son el Hospital Severo Ochoa de Leganés y el Hospital Universitario de Getafe.

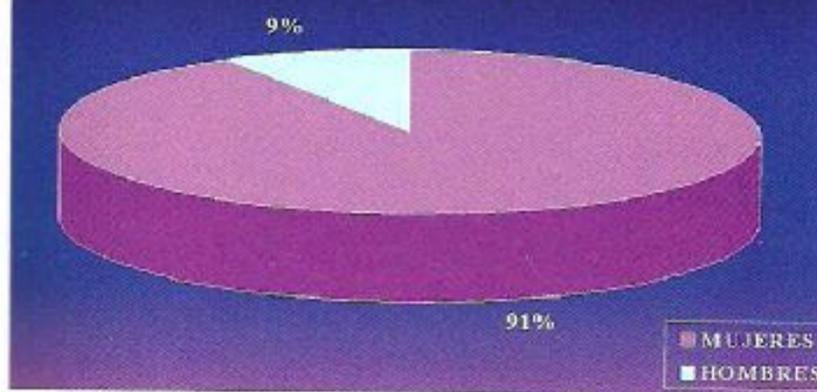
Formaron parte del estudio, por tanto, las matronas fijas en plantilla y con cualquier otro tipo de contrato (interino, contrato de larga o corta duración).

El contacto con los sujetos se estableció tanto directamente por el equipo de investigación como por correo. Se informó a cada uno de los sujetos que formaron la población y su participación fue en todos los casos voluntaria.



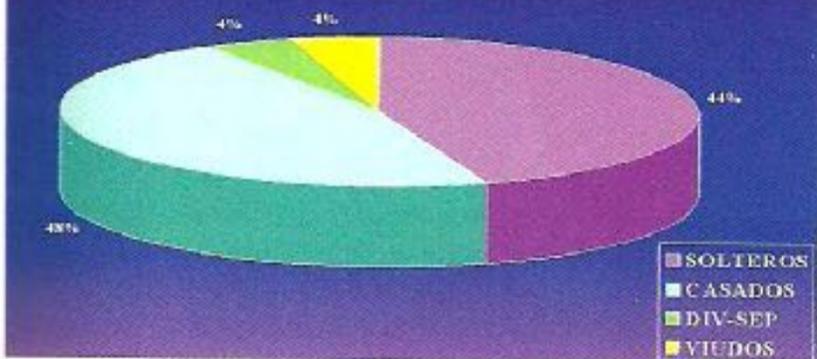
Se utilizó para llevar a cabo el estudio un cuestionario anónimo, de autocumplimentación, versión española del Tecumesh, Community, Health Study (TCHS), dividido en 9 apartados primeros que representaban las variables independientes, 8 de ellas de tipo cualitativo, que eran: sexo de los encuestados; estado civil (soltero/, casado/a, divorciado/a - separado/a y viudo/a); hijos a su cargo y si los tenían cuántos; situación laboral en la empresa (contrato a tiempo parcial, laboral fijo - interino o fijo estatutario); anti-

2. PERFIL DE LA MUESTRA (SEXO)



güedad en el puesto de trabajo (0-1 años, 2-5 años, 6-10 años o más de 10 años); nivel de asistencia en el que trabajaban (A. Primaria o A. Especializada) y por último el tipo de plan de estudios de la especialidad de matrona anterior o posterior a 1994.

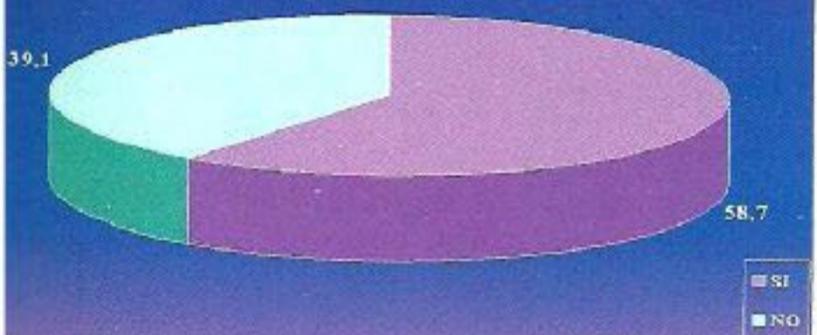
3. PERFIL DE LA MUESTRA (ESTADO CIVIL)



La otra variable era de tipo cuantitativa discreta y se refería a la edad que comprendía los intervalos de 20-30 años, de 31-40, de 41-50, de 51-60 y > de 60 años.

Los siguientes apartados del cuestionario estaban constituidos por 8 factores, subdivididos a su vez en una serie de preguntas que representaban los 27 ítems. Estos factores son:

4. PERFIL DE LA MUESTRA (HIJOS)



Factor 1: Tensión en el trabajo (sensación positiva o negativa al finalizar la jornada, si uno pensaba que su trabajo era excesivo o si le faltaba tiempo para hacer el trabajo como desearía).

Factor 2: Satisfacción en mi trabajo actual (sensación de satisfacción al realizar el trabajo, interés por éste, si se sentían capacitadas para ese puesto, independencia para organizar el trabajo).

Factor 3: Presión en el trabajo (si pensaban en su trabajo una vez finalizada la jornada, si perturbaba el trabajo su estado de ánimo o interfería en su vida familiar).

Factor 4: Características extrínsecas de oportunidad (posibilidad de aplicar sus conocimientos y habilidades, responsabilidad que conllevaba su trabajo, si era monótono o variado).

Factor 5: Relaciones con sus superiores (relaciones con sus superiores y si ellas sabían lo que éstos esperaban de ellas).

Factor 6: Promoción profesional (posibilidades de promoción, interferencia de la vida familiar en el trabajo).

Factor 7: Características extrínsecas de estatus (sueldo que percibían adecuado a su puesto de trabajo, necesidad de desarrollar más la carrera profesional).

Factor 8: Relaciones profesionales (existencia de reconocimiento de su trabajo por los usuarios/as y según ellas qué tipo de relación tienen las matronas con el resto de profesionales).

Para puntuar cada ítem se utilizó una escala tipo Lickert cuyos valores oscilaban del 1 al 5, siendo el 1 el menor grado de satisfacción y el 5 el mayor grado, los valores intermedios indicaban un acercamiento o alejamiento gradual.

La secuencia de tareas que se llevaron a cabo para desarrollar el estudio fue la siguiente:

Se envió por correo una notificación en la que se solicitaba la colaboración de cada centro y de los servicios donde prestaban sus cuidados las matronas. Se proporcionaron por parte del equipo de investigación a las matronas los cuestionarios bien por vía telefónica o directamente, el período de tiempo estimado

para la cumplimentación de los mismos fue de 21 días.

La recogida de los cuestionarios por parte de los encuestadores se hizo de forma personal y periódica durante 21 días.

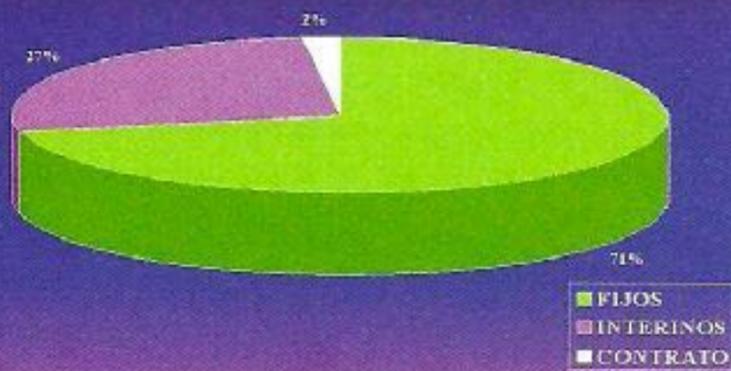
El método de recogida consistió en facilitar un sobre en el tablón de anuncios o una carpeta en el estar del personal de la unidad.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La población constaba de 64 matronas, 40 de ellas pertenecientes a A. Especializada, de las que contestaron a los cuestionarios el 85 % y 24 pertenecientes a A. Primaria, de las que respondieron un 50 %, haciendo un total del 72 %, porcentaje sobre el que se realizó el análisis del estudio.

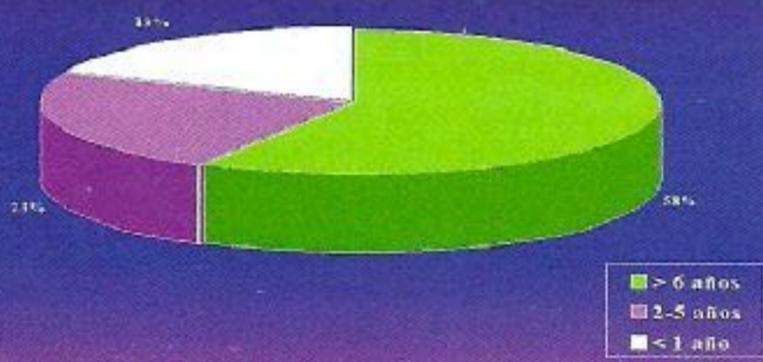
La edad de la población estudiada se encontraba en un 85% entre 31 y 50 años. En cuanto al sexo de los encuestados 42 (91.3%) eran mujeres y 4 (8.7 %) varones. Un 43.5 % de los participantes eran solteros, un 45.7 % casados y un 4.3 % divorciados / separados y otro 4.3 % eran viudos. El 58.7 % tenían hijos y el 39.1 % no. La mayoría de las personas encuestadas (70%) eran fijas en plantilla; el 26 % interinos y sólo el 2 % tenían contrato a tiempo parcial. El 54.4 % lle-

5. PERFIL DE LA MUESTRA (SITUACIÓN LABORAL)

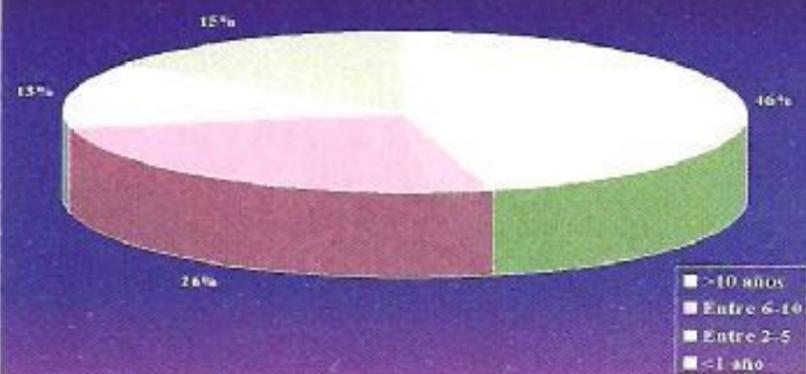


vaban más de 6 años en su puesto de trabajo, el 21.7 % entre 2 y 5 años y el 17.4 % menos de un año. En

6. PERFIL DE LA MUESTRA (TIEMPO PUESTO TRABAJO)

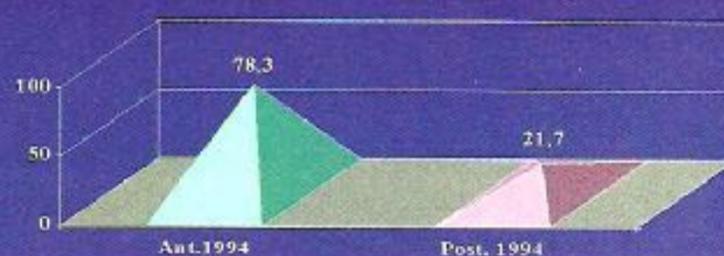


7. PERFIL DE LA MUESTRA (EXPER. PROFESIONAL)



relación con la experiencia profesional el 45.7 % tenían más de 10 años de experiencia; el 26.1 % entre 6 y 10 años; el 13 % entre 2 y 5 años y menos de un año el 15.2 %. Por último, pertenecían al plan de estudios anterior a 1994 el 78.3 % de los encuestados y al plan

8. PERFIL DE LA MUESTRA (PLAN DE ESTUDIOS)



posterior a dicho año el 21.7 %. (Gráficos del 1 al 8) Del análisis de los factores de estudio, las puntuaciones obtenidas expresadas en forma de medias (x) para cada una de las 27 preguntas que lo componen, así como para cada factor globalmente, se muestran a continuación:

Factor 1: Tensión en el trabajo:

A la pregunta ¿Cómo se siente al finalizar la jornada? Resultó: $x = 3.52$

En cuanto a la frecuencia con que tiene la sensación de que le falta tiempo para organizar su trabajo, se obtuvo: $x = 2.66$

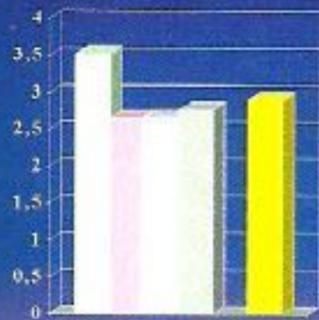
La puntuación dada a la pregunta ¿Cree que su trabajo es excesivo?, Se concluyó: $x = 2.67$

En cuanto a la pregunta ¿Con qué frecuencia siente no tener tiempo para hacer el trabajo como desearía?, Se obtuvo: $x = 2.78$.

La media global del Factor 1 fue: $x = 2.91$. (Gráfico 9)



9. Factor: *TENSIÓN TRABAJO*



- 1. Finalizar jornada.
- 2. Frecuencia falta tiempo.
- 3. Trabajo excesivo.
- 4. Hacer trabajo como desearía.
- 5. MEDIA GLOBAL

Factor 2: Satisfacción en el trabajo actual:

A la pregunta ¿Con qué frecuencia cree no estar capacitado/a para desempeñar el trabajo?, El personal encuestado respondió: $x= 3.82$

En relación con la cuestión ¿Con qué frecuencia se siente insatisfecho con el resultado de su trabajo?, Se obtuvo: $x= 3.17$

Al preguntar ¿Cómo diría que se siente en su trabajo actual?, Respondieron: $x= 4.02$

En cuanto al Interés que tiene por el trabajo que realiza, se obtuvo una $x= 4.46$

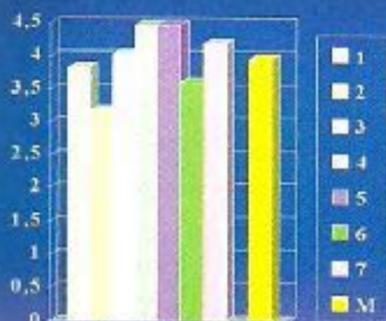
Ante la cuestión: ¿Tiene el sentimiento de que está haciendo algo que vale la pena?, resultó una $x= 4.46$

La Independencia para organizar su trabajo fue puntuada por las matronas con $x= 3.61$

Con relación a la pregunta: ¿Cree que ocupa el puesto de trabajo que le corresponde por su preparación?, se obtuvo un valor de $x= 4.18$

La media global de todo el Factor 2 fue de $x= 3.96$. (Gráfico 10)

10. Factor: *SATISFACCIÓN TRABAJO ACTUAL*



- 1. Frec. No capacit.
- 2. Frec. Insatisfecho
- 3. Cómo se siente T.
- 4. Interés trabajo.
- 5. Hace vale la pena.
- 6. Independencia T.
- 7. Pues. corresponde.
- 8. MEDIA GLOBAL

Factor 3: Presión en el trabajo:

A la pregunta de Con qué frecuencia piensa en el trabajo una vez finalizada su jornada,

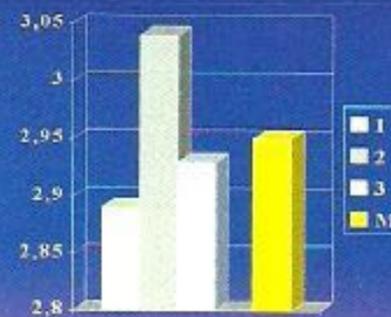
se puntuó $x= 2.89$

En cuanto a la pregunta de Con qué frecuencia el trabajo perturba su estado de ánimo, sueño, etc. , contestaron con una $x= 3.04$

Cuando se preguntó Si el trabajo interfiere en su vida familiar, el valor dado fue $x= 2.93$

Media global del Factor 3: $x= 2.95$. (Gráfico 11)

11. Factor: *PRESIÓN TRABAJO*



- 1. F. Piensa trabajo.
- 2. F. T. Perturba estado ánimo.
- 3. F. T. Interfiere vida familiar.
- 4. MEDIA GLOBAL

Factor 4: Características extrínsecas de oportunidad:

Con relación a la cuestión ¿Qué oportunidades tiene para aprender o hacer cosas nuevas?, Se contestó: $x= 2.85$

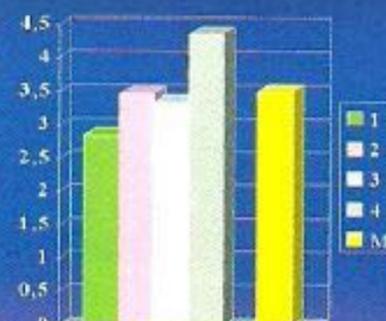
A la pregunta ¿Posibilidades de aplicar sus conocimientos y habilidades? Respondieron con un valor de $x= 3.48$

Cuando se preguntó ¿Su trabajo es el mismo todos los días o por el contrario lo considera variado?, x fue de 3.36

Al cuestionar ¿Cuánta responsabilidad diría que tiene su trabajo?, Se concluyó $x= 4.37$

Media global del Factor 4: $x= 3.52$. (Gráfico 12)

12. Factor: *CARACTERÍSTICAS EXTRÍNS. OPORTUNIDAD*



- 1. Oportunidades aprender.
- 2. Posibilidades aplicar conocimien.
- 3. Trabajo variado.
- 4. Responsabilidad en trabajo.
- 5. MEDIA GLOBAL



Factor 5: relaciones con sus superiores:

La pregunta de ¿Cómo calificaría las relaciones con sus jefes? Fue respondida con una $x= 3.54$

La puntuación que se dio a la pregunta ¿Cree saber lo que su jefe espera de usted con relación a su trabajo? Fue: $x= 3.46$

Media global del Factor 5: $x= 3.50$. (Gráfico 13)



Factor 6: Promoción profesional:

El resultado de la pregunta ¿Cuáles cree que son sus posibilidades en cuanto a promoción profesional?, Fue: $x= 2.13$

¿Interfiere su vida familiar en el trabajo?, esta cuestión obtuvo una $x= 3.18$

Al preguntar ¿Cómo considera el reconocimiento de su trabajo por parte de la dirección del centro?, se puntuó con una $x= 2.50$

Media global del Factor 6: $x= 2.59$. (Gráfico 14)



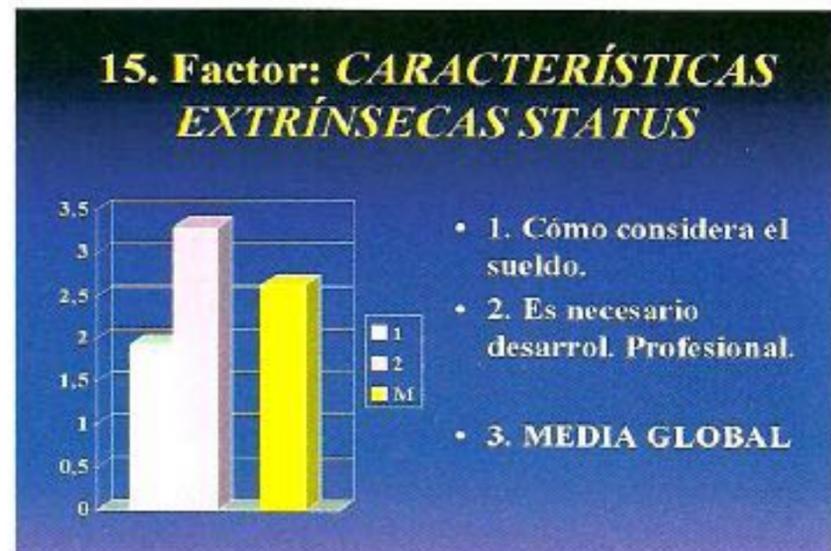
Factor 7: Características extrínsecas de Status:

Ante la cuestión ¿Cómo considera el sueldo que percibe por su trabajo?, se concluyó una $x= 1.93$

En cuanto a la cuestión ¿Cree necesario el desarrollo

de la carrera profesional?, Se obtuvo: $x= 3.30$

Media global del Factor 7: $x= 2.64$ (Gráfico 15)



Factor 8: Relaciones profesionales:

¿Cómo considera el reconocimiento de su trabajo por parte de los pacientes?, se concluyó con $x= 3.50$

Ante la cuestión ¿Cómo calificaría sus relaciones con el resto de profesionales que trabajan con usted?, se obtuvo una $x= 3.95$

Media global del Factor 8: 3.72. (Gráfico 16)



De entre todas las preguntas del cuestionario, se destacó como las mejor puntuadas con una media mayor (X) a 3.5 las que aparecen a continuación:

-Imagine un día de trabajo normal, ¿cómo se siente al finalizar la jornada? X: 3.52

-¿Qué interés tiene por el trabajo que realiza? X: 4.46

-¿Con qué frecuencia cree no estar capacitado/a para desempeñar el trabajo? X: 3.82

-En general, ¿Cómo diría que se siente en su trabajo actual? X: 4.02

-¿Tiene el sentimiento de que está haciendo algo que vale la pena? X: 4.46

-¿Cree que ocupa el puesto de trabajo que le

corresponde por su preparación? X: 4.18

-¿Cuánta responsabilidad diría que tiene su trabajo? X: 4.37

-¿Cómo calificaría las relaciones con sus jefes? X: 3.54

-¿Cómo calificaría sus relaciones con el resto de profesionales? X: 3.95. (Cuadro 17 y 18)

17. PREGUNTAS MEJOR PUNTUADAS > 3,5	
- ¿Cómo se siente finaliz. jornada?	3,52
- ¿Interés por trabajo que realiza?	4,46
- ¿Cree no estar capacit. trabajo?	3,82
- ¿Cómo se siente en su trabajo?	4,02
- ¿Siente hace algo vale la pena?	4,46

18. PREGUNTAS MEJOR PUNTUADAS > 3,5	
- ¿Ocupa puesto corresponde?	4,18
- ¿Cuánta responsabilidad diaria tiene?	4,37
- ¿Cómo califica relaciones con sus jefes?	3,54
- ¿Cómo calificaría relaciones con sus compañeros?	3,95

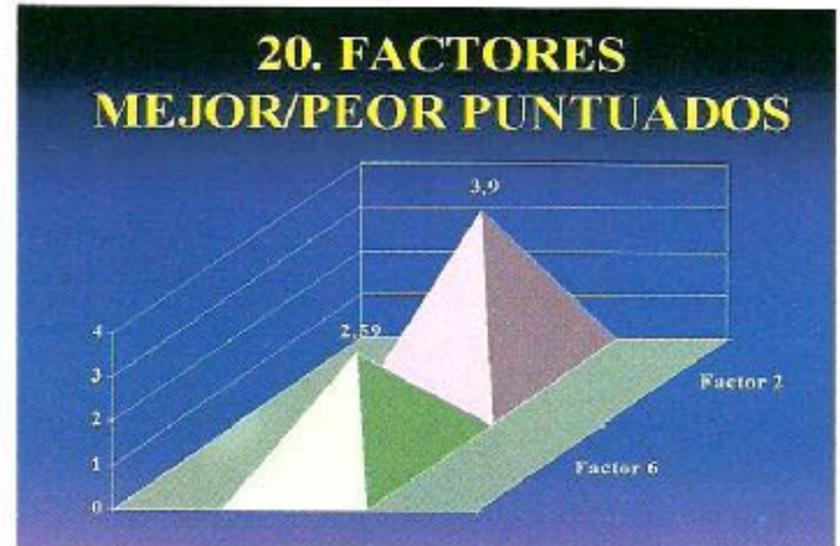
Igualmente se pudo reseñar como las preguntas peor puntuadas las que siguen:

-¿Cuáles cree que son sus posibilidades en cuanto a promoción profesional? X: 2.13

-¿Cómo considera el sueldo que percibe por su trabajo? X: 1.93. (Cuadro 19)

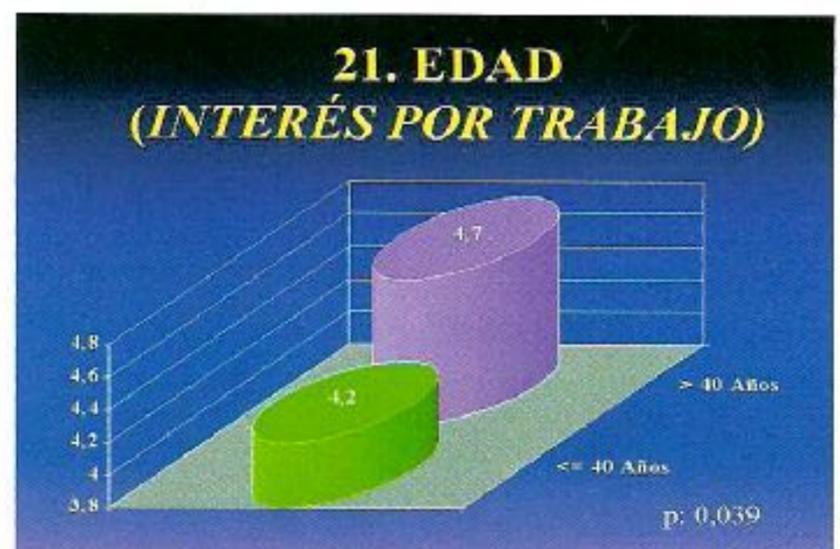
19. PREGUNTAS PEOR PUNTUADAS <2,5	
- ¿Cuáles cree que son sus posibilidades en cuanto a promoción profesional?	2,13
- ¿Cómo considera el sueldo que percibe por su trabajo?	1,93

Al analizar los factores de forma global, el que mejor puntuación obtuvo fue el Factor 2: Satisfacción en el trabajo con una X: 3.9. por el contrario, el peor puntuado fue el Factor 6: Promoción profesional, con una X: 2.59.(Gráfica 20)



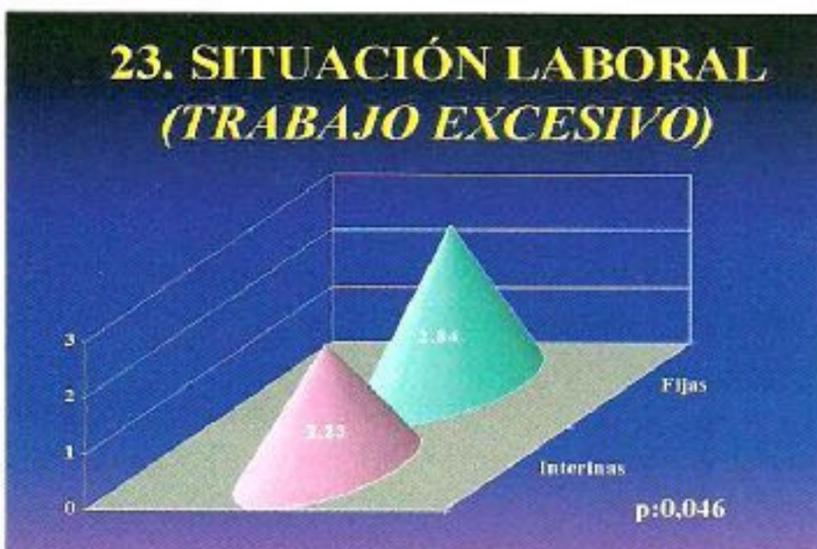
Relación entre variables dependientes e independientes del estudio. Los resultados con significación estadística fueron:

1. En cuanto a la edad, las matronas de menos o igual a 40 años puntuaron 4.2 a la pregunta ¿Qué interés tiene por el trabajo que realiza?, Mientras que esta puntuación aumentó en el grupo de edad mayor de 40 años otorgando un resultado de 4.7, con (p: 0.039). (Gráfico 21)

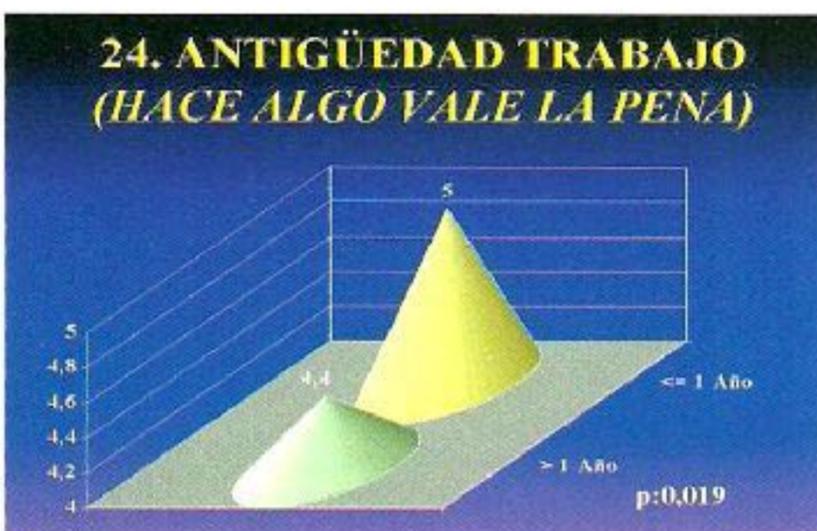


La pregunta ¿Qué independencia tiene para organizar su trabajo? Tuvo un valor de 3.35 en las matronas de menos o igual a 40 años, sin embargo, en las que están por encima de esta edad la puntuación aumentó a 4.12 con (p: 0.024).(Gráfico 22)

2. En relación con la situación laboral, las matronas interinas puntuaron 2.23 a la cuestión ¿Cree que su trabajo es excesivo? Y por el contrario, esta puntuación se incrementó en las que eran fijas hasta 2.28, con (p: 0.046). (Gráfico 23)



3. De la variable antigüedad en el puesto de trabajo se obtuvo que a la pregunta ¿Tiene el sentimiento de que está haciendo algo que vale la pena?, La puntuación fue disminuyendo a medida que aumentaba la antigüedad, así, las matronas con una antigüedad entre 0 - 1 año (N: 8) la valoraron con 5, en el resto de los grupos de edad, la puntuación fue similar entre sí resultando una media de 4.40, siendo significativo (p: 0.019) con respecto a la puntuación de 5 que dieron las que llevaban 1 año o menos de antigüedad. (Gráfico 24)



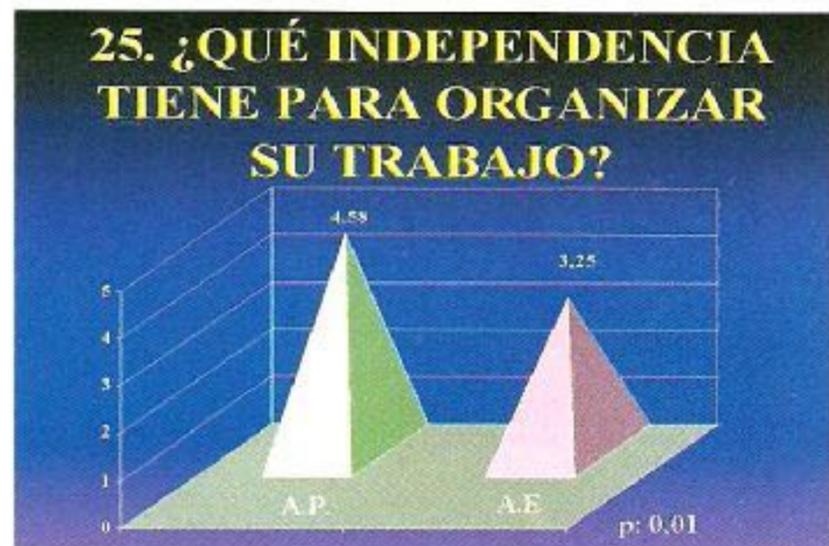
4. En lo que se refiere al tiempo de experiencia profesional, a la pregunta ¿Cómo considera el sueldo que percibe por su trabajo?, las matronas que tenían

una experiencia profesional entre 6 - 10 años fueron las que peor puntuaron con un valor de 1.08. por el contrario, las que mejor la valoraron fueron las que tenían una experiencia profesional por encima de los 10 años, dando una puntuación de 2.3, con (p: 0.018).

5. Del análisis del grupo de estudio llevando a cabo una comparación entre A. Primaria y A. Especializada resultó que todas las matronas encuestadas que pertenecían a A. Primaria, 50 % (N = 12) cursaron un plan de estudios anterior a 1994. De las 34 que trabajaban en A. Especializada, un 70.6% (N = 24) cursaron el plan de estudios anterior a 1994 y el 29.4 % (N = 10) posterior a éste con una (p = 0.044).

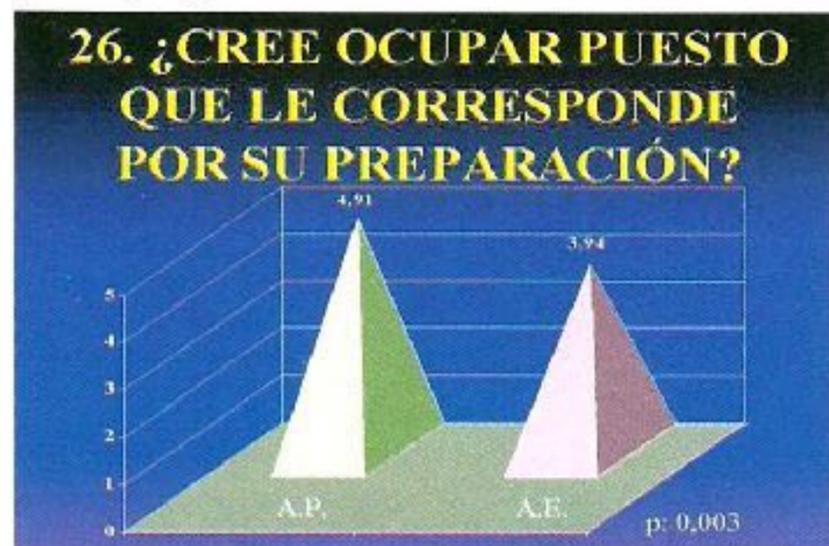
Analizando también por separado las medias obtenidas con significación estadística se obtuvo como resultados:

-A la pregunta ¿Qué independencia tiene para organizar su trabajo? Respondieron:
A. Primaria: 4.58 y A. Especializada: 3.25 (p= 0.01) (Gráfico 25)

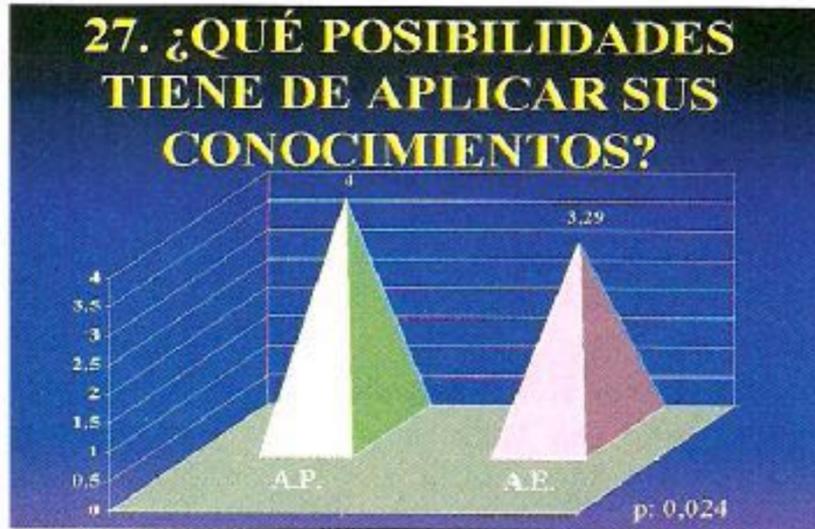


-La media obtenida por la pregunta ¿Cree que ocupa el puesto de trabajo que le corresponde por su preparación? Es:

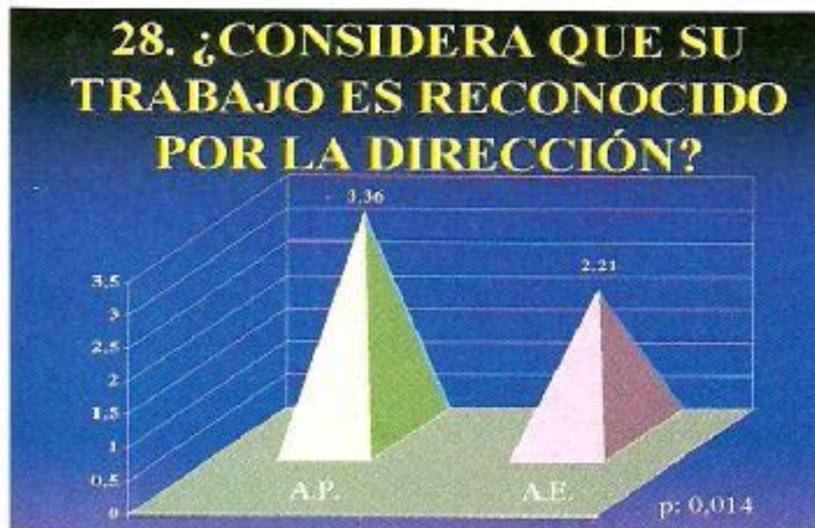
A. Primaria: 4.91 y A. Especializada: 3.94 (p= 0.003) (Gráfico 26)



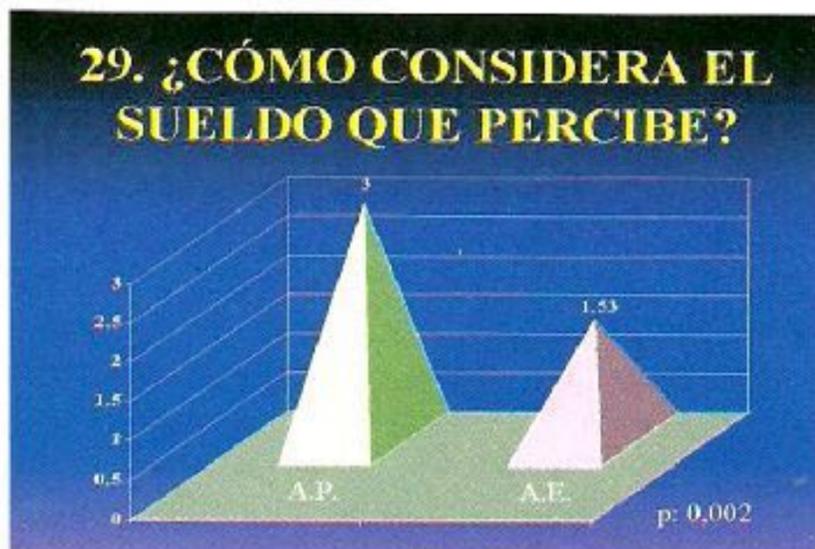
-A la cuestión ¿Qué posibilidades tiene de aplicar sus conocimientos y habilidades? Contestaron:
A. Primaria: 4.00 y A. Especializada: 3.29 (p= 0.024)
(Gráfico 27)



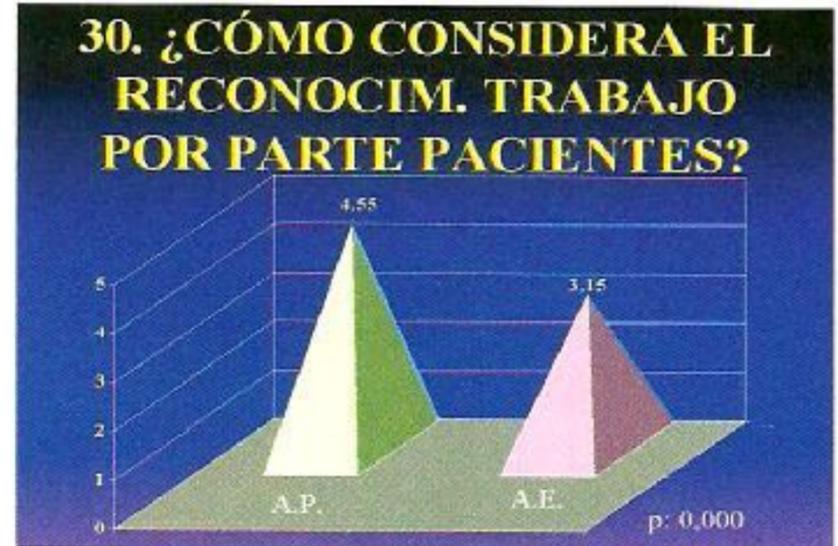
-Con relación a la pregunta ¿Cómo considera el reconocimiento de su trabajo por parte de la dirección del centro? Se obtuvo:
A. Primaria: 3.36 y A. Especializada: 2.21 (p= 0.014)
(Gráfico 28)



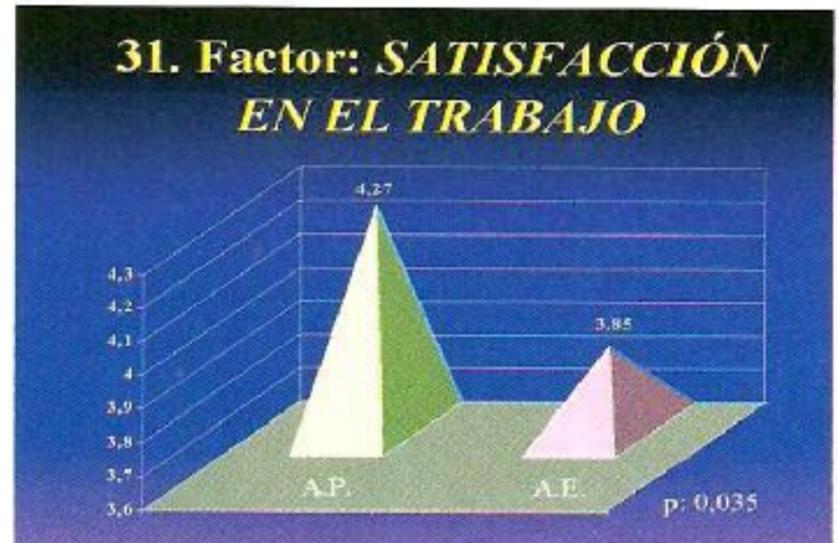
-Al preguntar ¿Cómo considera el sueldo que percibe por su trabajo? Se obtuvo como media:
A. Primaria: 3.00 y A. Especializada: 1.53 (p= 0.002)
(Gráfico 29)



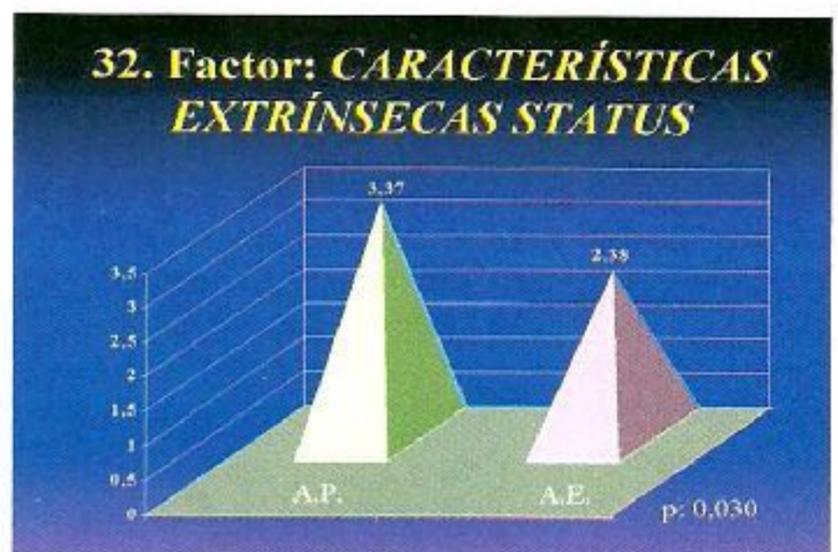
- Cuándo se preguntó ¿Cómo considera el reconocimiento de su trabajo por parte de los pacientes? Resultó:
A. Primaria: 4.55 y A. Especializada: 3.15 (p= 0.000)
(Gráfico 30)



La media global del Factor 2: Satisfacción en el trabajo fue:
A. Primaria: 4.55 y A. Especializada: 3.85 (p= 0.035) (Gráfico 31)

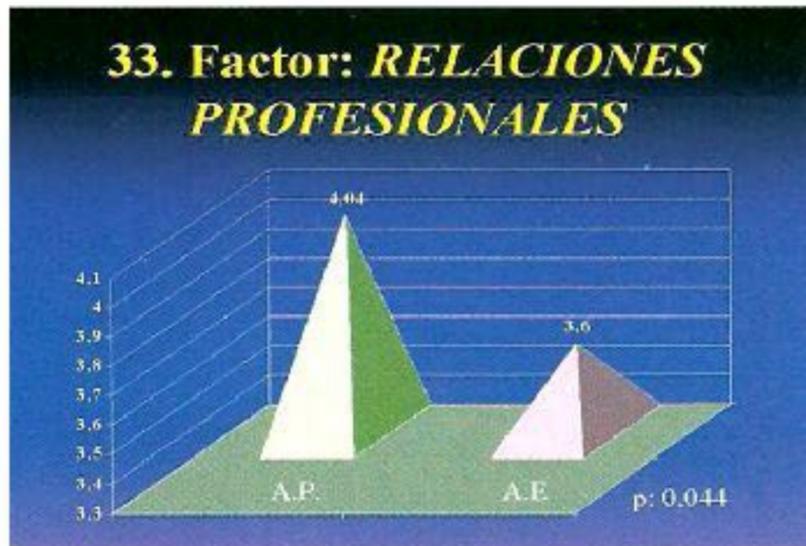


La media global del Factor 7: Características extrínsecas de estatus, fue:
A. Primaria: 3.37 y A. Especializada: 2.38 (p= 0.030) (Gráfico 32)



La media global del Factor 8: Relaciones profesionales, fue:

A. Primaria: 4.04 y A. Especializada: 3.60 (p=0.044) (Gráfico 33)



Al intentar comparar las puntuaciones dadas por las matronas que pertenecían a planes de estudios diferentes (antes y después de 1994), no se encontró resultados estadísticamente significativos.

CONCLUSIONES:

Tras el análisis detallado de los factores de estudio relacionados con la satisfacción profesional de las matronas de las áreas 9 y 10 de Madrid, se obtienen las siguientes conclusiones:

La participación obtenida es mayor en A. Especializada que en A. Primaria, esto puede ser debido, sobre todo, a las condiciones de trabajo de las matronas, como son horarios bastante limitados, el que muchas de ellas desarrollan su trabajo en más de un Centro de Salud y también que la época en que se lleva a cabo el estudio coincide en parte con las vacaciones estivales.

El factor mejor puntuado y por tanto que influye de forma positiva en la satisfacción profesional, es el Factor 2: Satisfacción en el trabajo, que incluye características como capacitación, interés por el trabajo que realiza, independencia en el trabajo, sentimiento de hacer algo que vale la pena y responsabilidad. Por el contrario, el factor peor calificado es el Factor 6: Promoción profesional, que comprende la interferencia de la vida familiar en el trabajo, el reconocimiento del trabajo por parte de la dirección del centro y la posibilidad de promoción profesional.

Hay que destacar que también influye positivamente el reconocimiento del trabajo por parte de los pacientes y las relaciones con el resto de profesionales. En cambio de forma negativa es determinante el sueldo y la necesidad de desarrollo de la carrera profesional.

Sorprende, así mismo, que las matronas mayores de 40 años expresan tener mayor interés por el trabajo que realizan y que también dicen sentirse más independientes al realizar su actividad profesional, lo cual induce a pensar que el perfil de las matronas varía a lo largo de su profesión y esto está influido por características propias de la persona como son autoestima, sensación de seguridad al llevar a cabo su trabajo, relaciones con los compañeros y superiores y también la relación matrona - usuaria / o.

Es significativo que tanto las matronas con contrato interino como con plaza fija crean que el trabajo es excesivo, aunque, esta consideración aún se puntúa peor entre las matronas que poseen plaza fija.

Las matronas en inicio de su práctica profesional, consideran en mayor grado que están haciendo algo que vale la pena.

Las mayores diferencias entre los dos niveles asistenciales se obtienen al preguntar sobre el reconocimiento del trabajo por parte de la dirección del centro. Y también con relación a la cuestión de cómo consideran el sueldo que perciben por su trabajo. Se puede destacar, así mismo, la puntuación dada a la pregunta sobre la independencia en organizar el trabajo. En todas ellas, son las matronas de A. Primaria las que mejores puntuaciones otorgan.

Puede resultar interesante comparar el estudio con otras investigaciones sobre satisfacción profesional llevadas a cabo en la población de matronas; pero tras la revisión bibliográfica, no se encuentran estudios que realicen dicho análisis en ninguna de sus dimensiones (relaciones profesionales, independencia, sueldo, promoción profesional...). Lo que sí es posible es extrapolar los resultados al campo de la enfermería, donde cabe destacar la semejanza de los resultados obtenidos, no en vano, las matronas son Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología, pero serían necesarios más estudios en matronas para poder conocer los aspectos específicos que afectan su grado de satisfacción.



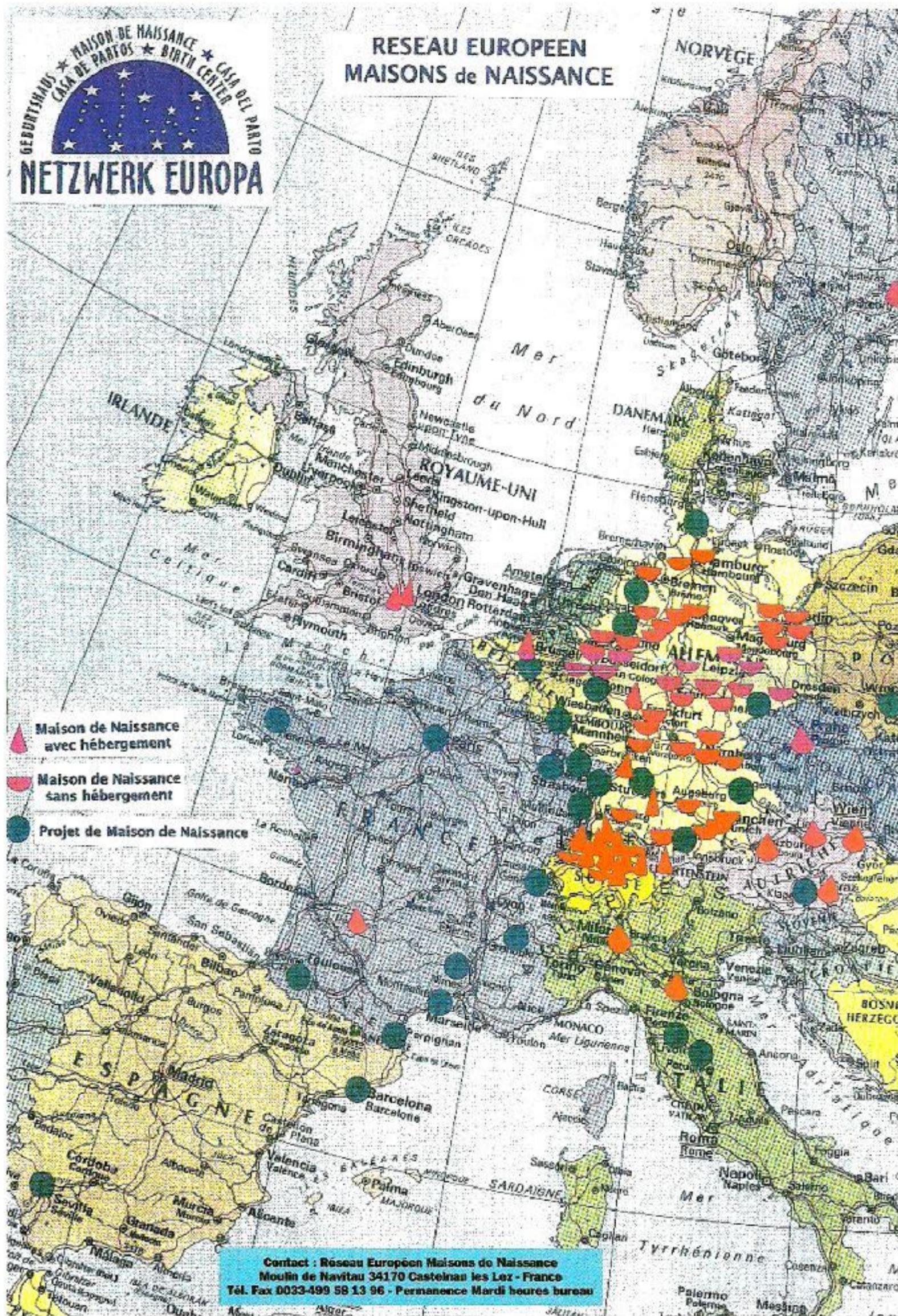
AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, se quiere agradecer a todas las matronas que han colaborado en la cumplimentación y posterior envío de los cuestionarios para la realización de este estudio.

Se agradece la colaboración también de Rosario Madero Jarabo. Licenciada en Matemáticas y Adjunta de Bioestadística de la Unidad de Investigación del Hospital "La Paz".

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ignacio García E., Córdoba Doña J. A., Serrano Romero A., Moreno Peralta J., Ignacio García J. M, Gallego Sánchez C., Mompó Zaragoza E. La Satisfacción de los enfermeros/as en los hospitales públicos andaluces. *Enfermería Científica* N° 186 - 187, Septiembre - Octubre 1997; 62.67.
2. Kozier - Erb - Oliveri. Biblioteca de enfermería profesional - Enfermería Fundamental tomo I. Interamericana McGraw Hill. Edición 1996, segunda reimpresión, 70 - 74.
3. López Navarro M C. Inglada Fibla M J.; Cat Massaguer M; Barceló Torras A. M. Autopercepción del rol enfermero en Atención Primaria. *Metas de Enfermería*. N° 8, 1998. 12.17.
4. Llopis i Aliaga S., Rosales Calvo I. ; Solé Carbó R., Soriano Pérez Chirino F., Cardona Gascó V., Ruiz García J. Motivación laboral, creación de círculos de calidad. *Revista Rol de Enfermería*. N° 176; Abril, 1996; 33 -38.
5. Lor B., Abad M A., García M, Nieto M, Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Interamericana MacGraw Hill. 1996. 285 - 288.
6. Marriner A., Modelos y teorías de enfermería, 1ª Edición, Enero 1989. 157 -170.
7. Polit D. F., Hungler B. P. Investigación en ciencias de la salud. Interamericana MacGraw Hill, 5ª Edición, 1996.
8. Towler J., Bramall J. Comadronas en la Historia y en la Sociedad. Editorial Masson. 1997.
9. Vidal Thomas C., Artigas Legong B., Godorcena Aoiz M A., Gallo Estrada J., Alorda Terrasa C. Satisfacción laboral en Atención Primaria, una encuesta. *Revista Rol de Enfermería*, N° 176, Abril 1993. 13 - 18.
10. Zabala Blanco J., Ruano Gómez M. Satisfacción en el trabajo de enfermería. *Enfermería Científica*, N° 119, Febrero 1992. 13. 17.



CASAS PARA NACER

Autores:

MARIA ASUNCION LOPEZ-SAEZ Y LOPEZ DE TERUEL (Matrona)

MARIA ISABEL SANCHEZ PERRUCA (Matrona)

Las casas de nacimiento o parto, vienen a ser una alternativa de elección para las parejas que buscan otro tipo de nacimiento para sus hijos, una alternativa intermedia entre nacer en la propia casa o en un servicio de maternidad.

En estas casas, ante todo, hay personas que colaboran para traer niños al mundo con calor y seguridad, mujeres que desean vivir el parto activamente junto a sus compañeros y familia y matronas que ponen sus conocimientos y competencias al servicio de éstos.

Casas que constituyen en definitiva, un lugar o espacio físico, intimista, que tienen una filosofía sobre el parto como acto fisiológico y natural y que forman parte del sistema de salud aportando acciones preventivas y de promoción.

¿POR QUE SURGEN Y CUALES SON SUS OBJETIVOS?

Han aparecido en varios países; en EE.UU. como reacción a la sobremedicalización del parto, en Canadá como proyecto experimental de la práctica de las matronas, en Alemania y Suiza se integraron ya hace diez años en el sistema de salud perinatal.

Actualmente se presentan varios intentos y proyectos de creación en Francia y España, surgen asociaciones de puesta en común y reagrupación anual, como la IGGH y la Netzwerk en Europa.

Su creación está motivada en cualquier caso por la demanda de las mujeres y sus parejas de vivir el nacimiento dentro del respeto a sus necesidades y deseos. Las matronas con ejercicio liberal de la profesión han sido el motor de estas iniciativas.

OBJETIVOS

Si hemos de enumerar sus objetivos y finalidades diremos que son:

Una búsqueda en el hecho de intentar humanizar el nacimiento tratando de realizar un acompañamiento global de la mujer en este proceso, favoreciendo las

relaciones entre la madre y el hijo, dando al padre un papel y un lugar en el nacimiento, y estableciendo relaciones de confianza, más humanas, con los profesionales.

El término “Casa de nacimiento” responde al hecho de que las mujeres y su familia puedan sentirse como en su propio hogar.

¿QUE FORMA LEGAL ADOPTAN?

Son sociedades de ejercicio liberal con responsabilidad limitada.

¿COMO SE CREAN?

Ante todo hablemos de un equipo de profesionales y de unas estructuras físicas.

Se trata de un lugar, generalmente una casa que dispone de habitaciones y dependencias: cocina, salones, comedor, recepción... casas dotadas de todos los medios de seguridad prescritos por la normativa.

Normalmente se establecen en un barrio de población con una elevada evolución demográfica y con buenas comunicaciones (rutas), suele buscarse un lugar apacible, sin ruidos, sin polución, confortable y con un entorno agradable.

Se habla de la importancia de situar estas casas de nacimiento o parto en un perímetro de acceso conveniente, cercano, para posibles eventualidades y traslados al hospital en caso de necesidad; por ello, la accesibilidad es primordial.

Hablemos del equipo de profesionales. Para llegar a ser una estructura organizada ha de contar con un personal contratado, con un presupuesto de caja y una buena gestión administrativa; generalmente se dan varios sistemas de financiación para su creación, desde la autonomía financiera en la que el dinero proviene del propio personal que la crea y trabaja en ella, como de subsidios del propio estado; la aportación de los padres mantendrá el día al día.

¿QUE SERVICIOS OFRECEN?

Están destinadas a atender un mínimo de 300 nacimientos al año, por lo que se procurará que cada matrona tenga una media de 40-50 partos para atender; cifra suficiente ya que también se realiza un seguimiento postparto a domicilio.

Entre los servicios ofertados contemplamos:
Consultas prenatales y preparación al nacimiento.
Práctica de partos fisiológicos.
Seguimiento del puerperio inmediato.
Acompañamiento de las embarazadas al hospital según protocolos de derivación.
Reencuentros perinatales padres-profesionales.

FILOSOFIA

Parten de la práctica de los partos en domicilio; son lugares independientes donde la mujer es acompañada por una matrona durante el nacimiento de su hijo, por ello su gestión es autónoma y todo se supervisa bajo la dirección de matronas con ejercicio liberal, estando autorizadas a realizar partos eutócicos exclusivamente.

Su creación se funda en el respeto y el reconocimiento de las competencias naturales de las mujeres para dar a luz, favoreciendo la libre elección, la autonomía y la responsabilidad de los padres.

Consideran el parto como un acontecimiento normal y natural de las mujeres, que les pertenece y en el que la matrona es la especialista y tiene competencias, se centra en la salud y no en la enfermedad.

FUNCIONAMIENTO

No hay jerarquías profesionales en las casas de parto, todos actúan colegiadamente, una especie de estructura familiar con un claro reparto de competencias profesionales que descienden al nivel de aquéllos a quienes acompañan.

Para tener acceso a estas casas de nacimiento las mujeres y sus parejas deben realizar u optar de forma "clara", por ello hay un consentimiento informado previo al acceso que éstas han de firmar; en él se informará y especificarán los derechos, el respeto a la fisiología, la competencia profesional, la aceptación de las normas de la casa y el tipo de seguimiento... se aplican criterios de inclusión y exclusión consensua-

dos por lo que imperará una buena salud general e historial previo sin riesgos como partos anteriores sin problemas en su evolución...

NORMAS DE SEGURIDAD

De varios puntos dependerá un correcto funcionamiento de estas estructuras; se ha de dar una buena calidad en los servicios, se han de establecer normas sobre responsabilidad del establecimiento cara a futuras reclamaciones, se ha de seleccionar adecuadamente a las pacientes, se ha de contar con buenos medios para responder a situaciones urgentes: traslados al hospital, reanimación de los recién nacidos.

DISPONIBILIDAD FISICA Y HORARIA

Se preconiza la continuidad en los cuidados, un seguimiento personal, un acompañamiento al parto y la atención en el período postnatal, por lo que se busca sea siempre la misma matrona la que atienda a la misma mujer (salvo vacaciones o enfermedades), por ello, hay una disponibilidad de estas 24 horas sobre 24 y 7 días sobre 7. El personal estará coordinado y recibirá continuamente puestas al día.

LA ASOCIACION NETZWERK

Asociación destinada a promocionar la idea de casas de nacimiento en Europa. Cualquier casa de nacimiento ya existente o en proyecto puede constituirse miembro de esta asociación así como cualquier persona física o padres que quieran financiarlas.

NACC (National Association of Child-Bearing Centers), Association Nationale des Maisons de Naissance. GFG (Gesells Cheft fur Geburtsvorbereitung). Asociación para la preparación al nacimiento.

FINES DE NETZWERK

Ayudar a las nuevas iniciativas.

Promover el concepto de casa de nacimiento en la opinión pública, sostener todas las estructuras existentes o en proyecto, ramificar y centralizar la información sobre ellas, establecer normas unificadas de creación y seguridad para los establecimientos, ver y



supervisar los protocolos asistenciales, mantener una correcta coordinación, negociar con las compañías aseguradoras.

LAS CASAS DE NACIMIENTO EVALUAN SUS RESULTADOS

Para ellos la ventaja es enorme, no son instalaciones costosas, cuenta entre un 20% a 25% menos el parto en ellas que en el medio hospitalario, el seguimiento personalizado de las matronas es otra gran ventaja, las consultas alargan su tiempo en duración por lo que el contacto con las mujeres es más estrecho.

Para concluir diremos que las casas de nacimiento o parto han permitido abrir un espacio muy particular a la mujer ya que el parto en casa podía llegar a ser una elección demasiado radical.

Ellas se sienten tranquilizadas en un lugar donde se les ofrecen las mismas garantías en términos de equipamiento de urgencias y de organización para cualquier derivación o traslado al hospital. En suma, una manera de venir al mundo más humana, representan un paso adelante, toman lo mejor de cada postura en la práctica del parto: el domicilio y el hospital.

CADA SOCIEDAD TIENE EL NACIMIENTO QUE ELLA MERECE

Es decir, que la forma en que el nacimiento se desarrolla, los ritos que lo rodean, la toma de conciencia de las mujeres embarazadas y de los parientes, el tipo de acogida del recién nacido, son productos socioculturales y que como tales, participan de los valores y normas admitidas en la sociedad.

El nacimiento es pues, la imagen de la sociedad que le imprime sus caracteres.

ANEXO

LA SEGURIDAD ANTE TODO... ¿POR QUÉ?

La seguridad se hace imprescindible y estará siempre protocolizada.

Se trata de dar una buena y adecuada información sobre las posibilidades y los límites de las casas de nacimiento o parto.

Es importante recoger la libre elección (consentimiento informado) catalogar los riesgos.

Mantener un correcto equipamiento para casos

de urgencia y emergencia. Estar preparados para reanimaciones, traslados...

Mantener contactos y autorizaciones con el hospital y clínicas más cercanas.

Mantener una correcta dotación de material y medicación (monitores, doppler, oxígeno, perfusión, aspiración...) todo ello disponible pero no invasible...

NACEN LAS CASAS DE NACIMIENTO DE...

La voluntad de las mujeres en querer guiar su cuerpo y espíritu con total independencia en la etapa de embarazo y parto.

De la voluntad de los padres de asumir independencia en la paternidad.

De las matronas de gobernarse por sus propias leyes y competencias profesionales.

Como respuesta a la hipermedicalización
años 70 en USA
años 80 en Alemania y Europa
años 90 en Francia

Como respuesta a un principio erigido en norma:
El nacimiento es una enfermedad que hay que curar, no un acto natural.

BIBLIOGRAFIA

BLAIS REGIS. De l'experimentation a la legislation: La pratique des sages-femmes au Quebec. Interface, vol. 19, N° 3 98, Pág. 26/35.

GASCON ISABELLE. De la naissance a la maison, a la maison des naissances. La Sage-Femme au Quebec. Memoir 95, 70 pages.

FORUM NAISSANCE. Ministère de la Santé, Paris, 1999. ONSSF, L'ANSFL. Naissance et libertés.

DORIS NADEL. Une maison de naissance. Qu'est-ce que c'est? Les dossiers de l'obstetrique. 271. 1999. France.

Historique de la Maison de Naissance Parentale Ste. Therese a Sarlat. Avda. Aristide Briand. 24200 Sarlat.

VIRGINIE BERKEN. Fonctionnement general d'une maison de naissance. Les maisons de naissance ou naitre dans un nid de cigognes. Etats generaux de la santé. Forum Naissance 1999.

MOULIN DE NAVITAN, 34170 Castelnan Le Lez Netzwerk. France. Netzwerk der Geburtshäusen Tiziansstrasse. 23 B, Deutschland. 53844 Troisdorf.



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EFECTO DE DROGAS DE DISEÑO EN EL FETO Y EL RECIÉN NACIDO

AUTORES:

M^a Teresa Pingarrón Montes, Matrona Área 7, Madrid

Susana Marcos Peña, Matrona Hospital Miranda de Ebro, Burgos

Marta Martínez Marquinez, Matrona. C.S Los Lugones, Oviedo

Gisela Sánchez Martínez, Matrona Área II, Madrid

Loreto Rodrigo Rodríguez, Matrona, Hospital Clínico de Madrid

M^a José Coserría Martínez, Matrona Hospital General de Móstoles.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA:

M^a Teresa Pingarrón Montes, C/ Métrida nº 9, 3º B 28043 Madrid., Tfno: 913000689

RESUMEN

Las drogas de diseño o sintéticas son sustancias químicas sintetizadas en laboratorios clandestinos a partir de fármacos legalizados o de algunos de sus componentes.

Su consumo ha experimentado una amplia extensión, aumentando el número de casos de intoxicaciones clínicas y secuelas derivadas de su uso continuado, la edad media de comienzo de consumo es en la actualidad de 14 años.

El éxtasis representa un problema de salud pública por:

Las oscilaciones en los principios activos
Por la existencia de productos intermedios aún más tóxicos que los anteriores.

Por la ignorancia de los usuarios de lo que realmente toman.

Por el desconocimiento que tenemos los propios sanitarios de los efectos que producen.

Para llegar a detectar el daño neuronal producido por el consumo de éxtasis, se realizó en la universidad Johns Hopkins en Baltimore, un estudio mediante tomografía por emisión de positrones (PET), observándose que a mayor consumo de éxtasis, mayor era la disminución de serotonina, que a largo plazo puede ser responsable de la aparición de neuropatologías aún por determinar.

Existen circunstancias asociadas que hacen que estos embarazos sean considerados de alto riesgo:

- Asociación al tabaquismo, alcoholismo u otras drogas.
- La precariedad de las condiciones de vida
- Escasa vigilancia prenatal. lo que se traduce en una deficiente asistencia
- Malos resultados perinatales.

En 1994 se publicó un estudio en EEUU sobre el efecto de las drogas de diseño en el embrión de pollo; Los resultados mostraron que las drogas de diseño pueden afectar directamente al feto y al recién nacido.

Estudios publicados recientemente en los servicios de información teratológica de Escocia y Holanda sobre anomalías congénitas producidas tras exposición prenatal al éxtasis, parecen determinar que el éxtasis predispone a los abortos espontáneos y a malformaciones genéticas, siendo potencialmente dañino en el embarazo.

LAS DROGAS DE DISEÑO O SINTÉTICAS

Las drogas de diseño o sintéticas son sustancias químicas sintetizadas en laboratorios clandestinos a partir de fármacos legalizados o de algunos de sus componentes, o de drogas específicamente prohibidas. El objetivo que persiguen sus fabricantes es encontrar una nueva molécula que NO este controlada por la ley, y que produzca los mismos efectos

Al parecer, el término "designer drugs" ("drogas de diseño", por el que empezaron a conocerse estas sustancias) fue creado en los años sesenta por Gary



Henderson. La MDMA fue sintetizada en laboratorio, formalizándose su patente en 1914, aunque nunca pasó de la etapa preclínica.

Bajo esta denominación de drogas de síntesis o de "diseño" se incluyen una serie de productos, en su mayor parte en forma de "pastillas", que en general, son variantes de la anfetamina, fármaco estimulante del sistema nervioso central.

CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA

Las primeras muestras analizadas en España de drogas de diseño de tipo anfetamínico se obtuvieron en Ibiza en 1.987. El número de determinaciones analíticas ha ido creciendo, llegando en 1992 a triplicar el número de casos de 1989 ó 1990.

Los comprimidos distribuidos en España contienen tres tipos principales de sustancias: alrededor del 80% de las muestras contienen uno de cuatro derivados anfetamínicos de anillo sustituido, por orden de frecuencia MDMA>MDEA>MDA>MBDM; un 10% de los casos contienen mezclas de estimulantes como anfetaminas, cafeína y metanfetamina; el otro 10% contiene una gran variedad de sustancias y generalmente productos farmacéuticos, la mayoría de ellos sin efectos psicoactivos destacables.

Aunque los estudios amplios y sistemáticos sobre el consumo de drogas de síntesis están aún en fase incipiente, los datos con que se cuenta en la actualidad aportan la siguiente información:

- Descripción de las características del consumo de alcohol y drogas de síntesis entre los jóvenes. Se demuestra como hay un amplio paralelismo entre ambas por lo que no es extraño que acaben formando parte de un policonsumo de sustancias tóxicas o adictivas que viene a ser la norma los fines de semana.
- Un elevado porcentaje de usuarios de estas drogas consumen simultáneamente otras -lícitas e ilícitas-, principalmente alcohol, cannabis, cocaína y LSD.
- La mayoría de los usuarios de éxtasis tienen entre 18 y 24 años, aunque la distribución total de consumidores se extiende en rangos de edad muy amplios (de 14 a 50 años).

- Aunque predomina el porcentaje de usuarios varones frente al de mujeres en proporción de 2/1, la equiparación entre sexos es superior a la existente respecto a drogas como la heroína y más afín a la observada entre usuarios de cocaína.
- Progresivo descenso en la edad de iniciación.
- Descenso progresivo de individuos que se administran la droga por vía endovenosa.
- Extensión del fenómeno a todos los estratos socio-económicos.
- Aumento de las actividades ilícitas de los adictos, como delitos contra la propiedad, falsificaciones, etc.
- Aumento del número de fallecimientos por esa causa.

PRINCIPALES DROGAS DE SÍNTESIS Y SUSTANCIAS ANÁLOGAS LAS "DROGAS NATURALES"

En España, la sustancia más conocida - dentro de un nivel todavía muy minoritario- es el llamado "Herbal Ecstasy" (éxtasis vegetal, en su acepción española). Se trata de un compuesto orgánico formado en su totalidad por extractos o alcaloides de origen vegetal.

Pertenece al grupo de los estimulantes, al llevar en su composición cafeína y efedrina y sus efectos consiguen una elevación del tono vital y pudiendo compararse con la ingesta de varias tazas de café.

A largo plazo y debido a su contenido de efedrina, se teme que pueda ocasionar pérdida de memoria, psicosis y daños irreversibles en el Sistema Nervioso Central.

SPECIAL K

Aunque no se poseen datos de introducción en nuestro país, han aparecido recientemente en algunos medios de comunicación noticias sobre el Special K, considerada como una de las drogas de síntesis más dañinas para la salud. Esta sustancia proviene de la ketamina,. Se puede esnifar o inyectar y mezclada con cocaína puede resultar altamente peligrosa.

Entre sus efectos más inmediatos figuran la alteración de la respiración y el ritmo cardíaco y la disminución del riego sanguíneo en el cerebro. De ahí que pueda causar trastornos psíquicos irreversibles, e incluso ataques cardíacos y hasta la muerte.



ÉXTASIS

- Puede presentarse como comprimidos de formas, tamaños, pesos y concentraciones distintos.
- Presentaciones aparentemente idénticas pueden contener sustancias diferentes.
- El peso por comprimido suele oscilar entre 250 y 350 mg
- En su composición siempre se encuentra uno de los cuatro derivados anfetamínicos emparentados química y farmacológicamente: MDMA, MDEA, MDA y MBDB.
- La presencia de MDA es especialmente preocupante por su constatada toxicidad.

DETECCIÓN DEL DAÑO NEURONAL

En un estudio realizado por George Ricarte de la universidad Johns Hopkins en Baltimore, para detectar daño neuronal producido por consumo de éxtasis, mediante la tomografía por emisión de positrones (PET), en una muestra de 14 consumidores, (entre 18 – 65 años), más de 200 veces durante los últimos 5 años en dosis habituales, con buena salud, sin afectación neuropsiquiátrica, ni otras tóxico- dependencias previas. Se observó que a mayor consumo de éxtasis, mayor era la disminución de serotonina, que a largo plazo puede ser responsable de la aparición de neuropatologías aún por determinar.

EMBARAZO Y DROGODEPENDENCIA

El principal efecto de las drogas en la gestación es el compromiso del estado de salud general materno, expresado por mal nutrición, deficiente asistencia prenatal, interurrencia de enfermedades infecciosas, grave estrés psico-social o toxicidad por sobredosis deliberadas o accidentales.

Existen circunstancias asociadas que hacen que este sea de alto riesgo:

- Asociación al tabaquismo, alcoholismo u otras drogas.
- Precariedad de las condiciones de vida (falta de higiene, malnutrición).
- Escasa vigilancia prenatal.
- Malos resultados perinatales.

EFECTOS DE DROGAS DE DISEÑO DURANTE LA GESTACIÓN

Existen pocos datos sobre los efectos de la exposición durante el embarazo al éxtasis, el estudio en distintas especies muestra un aumento del riesgo de malformaciones del corazón y de los grandes vasos.

ESTUDIO DE EFECTOS DE DROGAS DE DISEÑO EN EL EMBRIÓN DE POLLO. UNIVERSIDAD DE AUBURN.

En 1994 se publicó un estudio en EEUU sobre el efecto de las drogas de diseño en el embrión de pollo. Se eligió el estudio en embriones de pollo por la ausencia de variables que alteraran los resultados, como el policonsumo o la malnutrición.

Se estudió el embrión desde el punto de vista farmacológico, bioquímico, electrofisiológico, neuroanatómico y comportamental.

Se centró el estudio en tres puntos:

- Efectos sobre la vitalidad del embrión.
- La duración del embarazo.
- Presencia de alteraciones congénitas.

Compararon los efectos de d-anfetamina, MDMA y agua.

Para la administración del MDMA se sintetizaron homólogos y análogos de los que aparecen en la calle, estabilizándolos antes de tratarlos, confirmando la pureza por métodos de cromatografía y análisis elementales. La droga fue inyectada directamente en la membrana corio- alantoidea cerca del saco vitelino.

Los resultados encontrados demostraron una disminución de la motilidad, visibles en los pollos con un día de vida, apareciendo comportamientos excitatorios seguidos de comportamientos depresivos, distress, hipotonía y extensión de las alas; el grupo tratado con dosis mayores de MDMA mostraron tolerancia y los de menor dosis hipersensibilidad.

Finalmente los resultados mostraron que las drogas de diseño pueden afectar directamente al feto y al recién nacido.



Recientes estudios aún no publicados sugieren que los neurotransmisores implicados en los efectos de las drogas de diseño son principalmente la serotonina y la dopamina.

En un estudio publicado en octubre de 1999 en la revista Lancet:

El servicio de información teratológica de Escocia en Edimburgo publicó un estudio, sobre anomalías congénitas producidas tras exposición prenatal al éxtasis

Se siguieron 136 embarazos (uno de ellos gemelar) entre 1989 – 1998 en Gran Bretaña.

Exposición:

- 127 mujeres fueron en el primer trimestre, (71 sólo éxtasis, 56 asociadas a otras sustancias),
- 2 en el segundo trimestre
- 2 en el primer y segundo trimestre
- 1 en el tercer trimestre
- 4 estuvieron expuestas a distintas drogas durante todo el embarazo

Finalización:

- 11 embarazos terminaron en abortos espontáneos.
- 48 en abortos de elección (35% más alto que en la población general)
- 2 de ellos tras haber sido diagnosticado malformaciones
- 78 Nacieron vivos:
- 66 Normales
- 12 (15,4%) con anomalías congénitas, significativamente mayores que en la población en general (2.3%)
- 8 Nacieron prematuros entre la 25- 36 semana de gestación, 2 de ellos padecieron un cuadro de distress, que no se asocio al éxtasis.
- 1 Muerte neonatal de madre policonsumidora sin aparente malformaciones, no haciendo autopsia

Peso :

- 3 niños pesaron menos de 2.5 Kg de peso

Anomalías congénitas:

- 3 Mujeres nacieron con pies equinovaros aunque en Inglaterra, donde se realizó el estudio predomina 3:1 en hombres.
- Anomalías cardíacas:
- 34% Defectos del septo ventricular
- 7% Defecto del atrio septal
- 3 % Ambas alteraciones

Conclusión de los autores:

Aunque son pocos casos y tienen escasa significación estadística para establecer una relación causal con cualquier alteración congénita en particular, son importantes a la hora de establecer medidas preventivas.

Existe otro estudio publicado por el Servicio de Información Teratológica de Holanda, de 1998, en el que realizan un estudio prospectivo de 49 embarazos, de los cuales 21 mujeres consumían otro tipo de droga a demás de éxtasis, 36 nacieron vivos, 6 de ellos prematuros. Uno de ellos nació con un defecto congénito cardíaco y murió horas después de nacer. Éste estuvo expuesto solo a éxtasis durante en embarazo. Los autores concluyen que la muestra es muy pequeña para sacar conclusiones: parece que el éxtasis predispone a los abortos espontáneos y a malformaciones genética, siendo potencialmente dañino en el embarazo.

CONCLUSIONES

Existen pocos datos sobre los efectos de las drogas de diseño en el desarrollo del feto en el útero.

Los estudios amplios y sistemáticos sobre el consumo de drogas de síntesis están aún en fase incipiente.

Existen múltiples dificultades para conseguir datos fiables, las drogas de diseño representan un problema de salud pública por:

- Forma parte de un policonsumo de sustancias tóxicas.
- Por la existencia de productos intermedios aún más tóxicos que los anteriores.
- Las oscilaciones en los principios activos
- Las amplias lagunas en nuestro conocimiento de los efectos reales de estas sustancias.



BIBLIOGRAFÍA.

- Epidemiología del consumo de drogas de diseño en España
De la Fuente Hoz, Luis; Rodríguez Arenas, M Ángeles; Vicente Orta, Julián; Sánchez Payá, José; Barrio Anta, Gregorio ; Med Clínica ;108(2):54-61
 - Drogas de diseño. Actualización y consideraciones ; Carmona Simarro, JV; Ferrer Estellés, R; Busquets Mataix, J; Enferm Integral ; 40:XXI-XXVI
 - Epidemiología del consumo de drogas de diseño en España; : De la Fuente Hoz, Luis; Rodríguez Arenas, M Ángeles; Vicente Orta, Julián; Sánchez Payá, José; Barrio Anta, Gregorio ; Med Clínica : 108(2):54-61
 - Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles; Romo Aviles N.Gamella Mora J.F.,Álvarez Roldán a.; Universidad de Granada. Departamento de Antropología
 - Drogas de diseño: nuevos consumidores nuevos patrones de consumo ¿nuevas formas de prevención?; García Campos I.; Proyecto; 1998
 - Características del consumo juvenil de alcohol y drogas de diseño; Llopis Llacer j.j.; 1997.
 - Expansión del uso de éxtasis en España; Gamella Mora J.F.,Álvarez Roldan A.,Romo N.,Sanchez j.; Universidad de Granada. Departamento de Antropología; entre todos; 1997.
 - Éxtasis (mdma) en España: usuarios y pautas de uso; Gamella Mora J.F.,Álvarez Roldan A.,Romo N.,Sanchez j.; Universidad de Granada. Departamento de Antropología; proyecto; 1998.
 - Hacia una definición del perfil psicosocial y psicopatológico de los consumidores de éxtasis; Villa Canal A.,Sainz Martínez M.P.,Gonzalez García Portilla M.P.,Fernandez Miranda J.J.,Bousoño García M.,Bobes García J.; Universidad de Oviedo Área de Psiquiatría; an psiquiatr1997.
 - Que contienen las pastillas de colores? : perfil químico del Éxtasis; Gamella Mora J.F.,Álvarez Roldán A.,Romo N.,Sanchez j.; Universidad de Granada. Departamento de Antropología; proyecto; 1998.
 - Drogas de diseño en nuestro medio: análisis de algunos datos; Cabrera Bonet R.; Instituto Nacional de Toxicología (España); Socidrogalcohol. Jornadas nacionales (20as.1992.Cordoba): avances en drogodependencias
 - OMS, Serie de Informes Técnicos 836, Comité de Expertos en Farmacodependencia, 28? Informe, Ginebra, 1993
 - Drogas de síntesis en España, patrones y tendencias de adquisición y consumo; Edit: Plan Nacional de Drogas. Ministerio del Interior
 - Congenital anomalies after prenatal ecstasy exposure P R Mc Elhatton, D.N. Batteman, C. Evans, K.R. Puge, S.H. Thomas Vol354, number9188 (23 octubre 1999)
 - Ecstasy exposure during pregnancy; Margreet rast van Tonningen; Hannacke Garbis; Minke Rowers; Teratology Information Service; Holland; Teratology 1998; 58: 33.
 - Does prenatal exposure to ecstasy cause congenital malformations?. A prospective follow-up of 92 pregnancies; P R Mc Elhatton, D.N. Batteman, C. Evans ; Worsley AJ; K.R. Puge; Br J Clin Pharmacol 1998; 45: 184.
 - Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Protocolos y procedimientos diagnósticos de Obstetricia
- FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN - FAD** - Entidad española sin ánimo de lucro, dedicada a la prevención de las drogodependencias. Web con información sobre drogas, alcohol y adicciones en general. Acceso a las Bases de Datos documentales **INDID**
<http://www.fad.es/>
- Plan Nacional sobre Drogas - España- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Prevención, Control de la Oferta, Centro de Documentación, Estadísticas.
<http://www.mir.es/plandrog/>
- U.N.A.D.** Unión Española de Asociaciones de Ayuda al Drogodependientes - Información extensa de más de 270 Asociaciones Españolas dedicadas a la Prevención, Atención a Drogodependientes y Ex-drogodependientes, enfermos de SIDA, Reclusos y Ex-reclusos y otras Marginaciones. Organizada por documentos, por provincias, programas de atención, otros socios europeos etc...
<http://www.supex.es/unad/>
- Federación Extremeña. Atención Drogodependiente- Federación Extremeña de Atención al Drogodependiente (FEXAD), agrupa a 14 ONGs repartidas por Extremadura y tiene como objetivo la intervención en drogas
<http://www.bme.es/fexad/>
- Ministerio del Interior - España- Información administrativa (todos los trámites) y general (de todas las Unidades): D.N.I., extranjeros, pasaportes, ayudas, tráfico, drogas, etc.
<http://www.mir.es/>
- Proyecto hombre Barcelona - pertenecemos a la asociación proyecto hombre de ámbito estatal. Trabajamos en Barcelona por un mundo sin drogas. Somos una organización aconfesional, apartidista, no lucrativo y voluntario. Somos un programa terapéutico para la rehabilitación, la reinserción y la prevención de drogodependencias.
<http://webs.adam.es/projectehome/>
- Proyecto Amigó - Página dedicada al tratamiento y orientación de jóvenes con problemas con la droga. (Castellón)
<http://lobocom.es/~amigo/go.htm>
- Instituto para el Estudio de las Adicciones - Web destinado a la atención y prevención de las drogodependencias. Ayuda para profesionales y para las personas preocupadas por las adicciones.
<http://www.arrakis.es/iea/>
- Asociación Benéfica Horizonte - Asociación Benéfica que trabaja en el campo de la rehabilitación, prevención y reinserción de toxicómanas en Marbella.
<http://www.wcostasol.es/asociaciones/horizonte/indice.htm>



¿CONOCEN A LA MATRONA LAS MUJERES USUARIAS DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID?

AUTORAS:

Estrella Castellote Vázquez, Begoña Las Heras Estepa, Gemma Ruiz Crespo, Cristina Sobrino Vega

Residentes de 2º Año de la Especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona) de la Unidad Docente de Madrid.

COORDINADORA:

Mª Isabel Sánchez Perruca. Matrona. Jefa de Estudios de la Unidad Docente de Matronas de Madrid. Insalud

Dirección: Mª Isabel Sánchez Perruca.

Jefa de Estudios. Unidad Docente de Matronas de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería "La Paz"

Paseo de la Castellana, 261 28046 Madrid Teléfono 91 7294255 Correo electrónico: isanchez@hulp.es

RESUMEN

Con este trabajo se pretendió averiguar el conocimiento que tienen las mujeres que acuden a los Centros de Salud (CPS) de la Comunidad de Madrid (CAM), acerca de la matrona (variable dependiente) y relacionar distintas características de estas mujeres que podrían influir (variables independientes).

Para ello se realizó un estudio descriptivo. Se seleccionó una muestra de 417 mujeres, repartidas equitativamente, según su lugar de residencia, en tres estratos (área metropolitana, corona metropolitana y área rural), según clasificación demográfica de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM).

Se empleó como instrumento de medida de las variables de estudio un cuestionario con preguntas cerradas que recogían los datos a través de una entrevista.

Se encontró que existía un gran desconocimiento sobre la cualificación profesional de la matrona.

Las actividades relacionadas con el campo de la ginecología fueron las menos conocidas.

Igualmente dentro del campo de la obstetricia se obtuvieron altos porcentajes de mujeres que desconocía que fuese la matrona la que asiste el parto en los hospitales públicos.

Las mujeres entrevistadas redujeron el lugar de trabajo de la matrona a los hospitales y clínicas de maternidad, conociendo poco las actividades desarrolladas en lugares docentes y administrativos.

Palabras clave:

profesión, matrona, reconocimiento social.

INTRODUCCIÓN

La asistencia al parto por una matrona se encuentra entre las más antiguas profesiones del mundo. A lo largo de la historia ha ido evolucionando, y las matronas han pasado de poseer conocimientos puramente empíricos, a tener reconocimiento oficial y una reglamentación propia.

Autores como Gaspa (7) y MR (13) recalcaron la importancia social que ha tenido siempre nuestra profesión y la necesidad de irse adaptando a las nuevas circunstancias sociales.

Gasull (8) en el año 1983 señaló la crisis de identidad por la que pasaba la profesión, y la pertinencia de incluir en el que hacer profesional, las nuevas funciones de prevención, fomento, administración e investigación.

Como residentes de segundo año de la especialidad Obstétrica-Ginecológica (Matrona) y en el desarrollo de nuestro trabajo diario, hemos observado que en nuestro entorno social hay un gran desconocimiento de nuestra futura profesión. Percibimos que prima en la sociedad la imagen de la comadrona tradicional, limitada a la asistencia al parto, y muchas veces, vista tan solo como ayudante del médico tocólogo.

Como futuras matronas nos lleva a reflexionar sobre si el desarrollo de la profesión va paralelo a su conocimiento y aceptación social. Por ello hemos decidido interesante realizar un estudio de investigación, para disponer de información acerca del conocimiento que se tiene de la matrona entre las mujeres de la CAM.

Con el fin de que sirviera para reflexionar sobre la necesidad de tomar medidas adecuadas para la promoción de la profesión, que sin duda beneficiaría a todo el colectivo.



Nos planteamos dos objetivos principales:

- * **Conocer lo que las mujeres de la CAM saben acerca de la matrona** entorno a tres apartados: cualificación profesional, actividades y lugares de actuación.
- * **Relacionar como influyen distintas variables personales de la mujer en el grado de conocimientos que tienen de la matrona.**

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de diseño no experimental, para realizar un análisis descriptivo sobre el conocimiento que tienen las mujeres de la CAM sobre la matrona (variable dependiente) y relacionar como influyen ciertas características personales de las mujeres (variables independientes) en dicho conocimiento.

Se definió y se especificó los valores que podían tomar las variables independientes de la siguiente manera:

- * **Edad:** Variable cuantitativa discreta. Referente al número de años. Tomaría como valor uno de los tres intervalos propuestos.
- * **Nivel educativo:** Variable cualitativa. Referente a los estudios cursados. El valor que podía tomar sería:
 - Sin estudios/ estudios primarios: En caso de no saber leer ni escribir o de haber realizado la enseñanza obligatoria aunque no esté finalizada.
 - Estudios secundarios: En caso de haber realizado Formación Profesional o el Bachiller Superior.
 - Estudios universitarios: En caso de haber realizado estudios en cualquier universidad.
- * **Lugar de residencia:** Variable cualitativa. Referente al municipio en el que habitualmente reside. Cada municipio está incluido en una de las tres áreas, según clasificación demográfica de la CAM. El valor que podía tomar sería:
 - Área metropolitana
 - Corona metropolitana
 - Área rural
- * **Número de hijos:** Variable cuantitativa discreta. Referente al número de hijos biológicos. El valor que podía tomar sería un número entero, incluido el 0.
- * **Tipo de parto:** Variable cualitativa. Referente al modo en que terminó el embarazo, incluyendo también cualquier tipo de aborto. El valor que podía tomar sería:
 - No ha parido: En caso de nulíparas.
 - Algún parto normal: En caso de haber finalizado algún de sus embarazos, con la expulsión espontánea de un feto viable y sus anejos por los genitales, sin que se presentaran alteraciones en su evolución.
 - Ningún parto normal: En caso de haberse finalizado todos los embarazos por vía vaginal con ayuda de alguna de las siguientes operaciones obstétricas: espátulas, fórceps o vacuo extractor o por cesárea.
- * **Lugar donde ha parido:** Variable cualitativa. Referente al lugar donde tuvo lugar el parto. El valor que podía tomar sería:
 - Centro público/ domicilio: En caso de haberse producido en su vivienda habitual o de haberse producido en algún centro dependiente de la administración pública.
 - Centro privado: En caso de haberse producido en algún centro de carácter privado.
 - Mixto: En caso de que distintos partos se hayan producido en lugares diferentes.
- * **Contacto con la matrona:** Variable cualitativa dicotómica. Referente a si tuvo lugar o no, alguna relación. El valor que podía tomar sería:
 - Sí: En caso afirmativo.
 - No: En caso negativo.
 - No sabe: En caso en que se desconozca.
- * **Motivo de contacto con la matrona:** Variable cualitativa. Referente al motivo por el que entró en contacto con la matrona. El valor que podía tomar sería:
 - Atención en el embarazo: En caso de haber sido éste el motivo de contacto.
 - Asistencia al parto: En caso de haber sido éste el motivo de contacto.
 - Asistencia en el puerperio: En caso de haber sido éste el motivo de contacto.
 - Otro: Otros motivos.

Para calcular el tamaño muestral se utilizó el programa nQuery Advisor versión 2.1.

Se asumió un nivel de confianza del 95% y una amplitud de +5%, y se obtuvo una muestra de 417 mujeres.

Por muestreo estratificado no probabilístico se repartió el total de la muestra en tres estratos según la clasificación demográfica realizada y aprobada por la CAM.

Por muestreo aleatorio simple se adjudicaron los CPS correspondientes a cada estrato: siete en el área metropolitana, cuatro en corona metropolitana y en el área rural se decidió hacer una excepción para asegurar la representatividad, adjudicando en vez de uno, dos CPS.

Se informó a todas las Direcciones de Enfermería de las Áreas de Salud implicadas sobre el trabajo que se iba a llevar a cabo. Solicitando por escrito los permisos correspondientes.

Se utilizó como instrumento de medida de las variables de estudio un cuestionario de preguntas cerradas a través de una entrevista que llevaron a cabo las investigadoras entre los meses de Marzo a Junio de 1999, repartidas en turno de mañana o tarde equitativamente, eligiendo a las mujeres en cada CPS por muestreo accidental.-

A de las mujeres seleccionadas se les pidió su consentimiento para participar, después de informarlas sobre la finalidad del estudio.

Dicho cuestionario constó de tres partes:

- una primera, llamada "ficha personal anónima de la entrevistada", que constaba de ocho ítems de carácter cerrado que recogían los valores de las variables independientes.
- una segunda, con doce ítems de carácter cerrado, que medía el nivel de conocimientos acerca de la matrona, variables dependientes. El contenido de los ítems giraba en torno a tres apartados: cualificación profesional, actividades y lugar de actuación.

Los datos estadísticos fueron analizados por el programa informático SPSS.

RESULTADOS

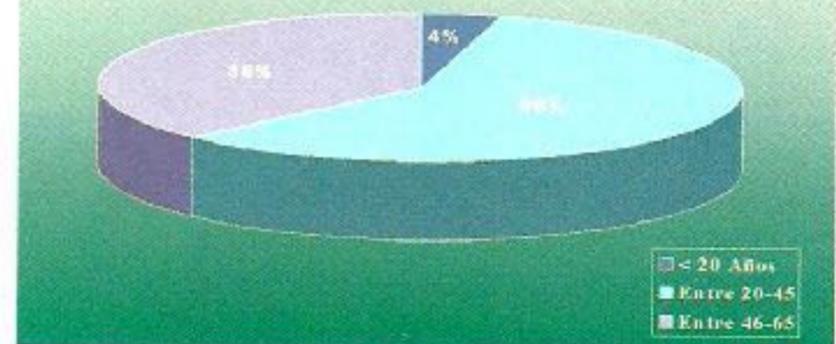
Realizadas 417 encuestas a mujeres usuarias de los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid se obtuvieron los siguientes datos:

1. Análisis estadístico descriptivo:

Distribución de las frecuencias de las variables independientes: Perfil de las mujeres entrevistadas

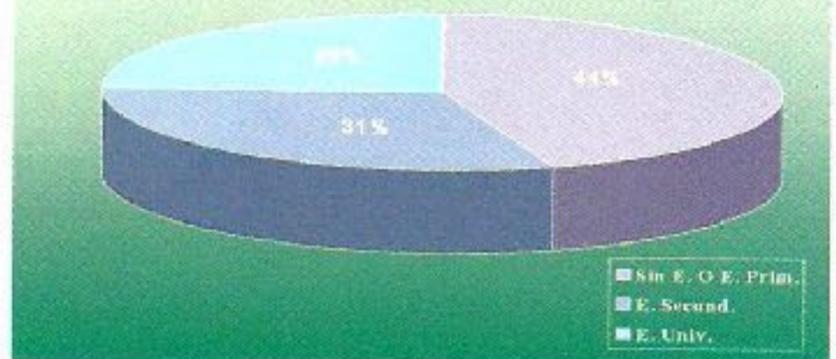
De este grupo de estudio el 3,9% de las mujeres tuvieron una edad entre 15-20 años, el 58,5% entre 20 y 45 años y el 37,6% en una edad comprendida entre 46 y 65 años. (Gráfico 1)

1. EDAD (PERFIL DE LA MUESTRA)



En cuanto al nivel educativo de las mujeres del estudio, el 44,6% no tenían estudios o tenían estudios primarios, el 30,7% estudios secundarios, y el 24,7% estudios universitarios. (Gráfico 2)

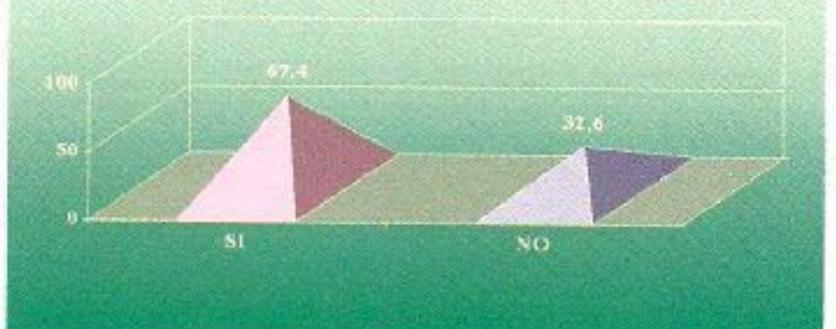
2. NIVEL DE ESTUDIOS (PERFIL DE LA MUESTRA)



De las mujeres entrevistadas, un 32,6% no había tenido hijos y un 67,4%, había tenido uno o más. (Gráfico 3)

Respecto a la historia obstétrica de las mismas, un

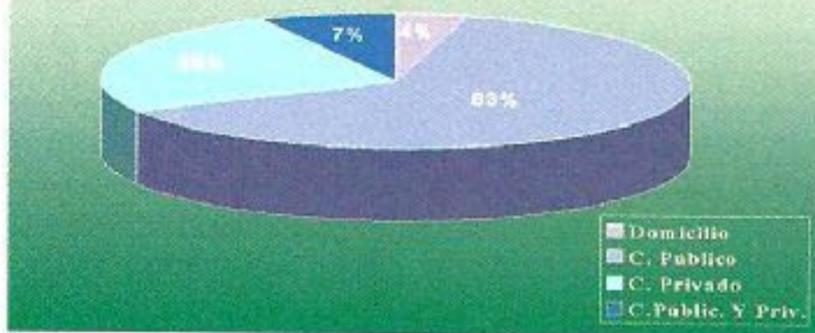
3. HIJOS (PERFIL DE LA MUESTRA)



32,6% no había parido, el 57,6% había tenido algún parto eutócico, y el 9,8% había tenido algún parto instrumental o cesárea.

Dichas mujeres parieron un 3,9% en su domicilio, un 63,3% en centro público y el 25,7% en centro privado. Hay un 7,4% de mujeres que parieron tanto en centro

4. LUGAR DEL PARTO (PERFIL DE LA MUESTRA)



público como privado. (Gráfico 4)

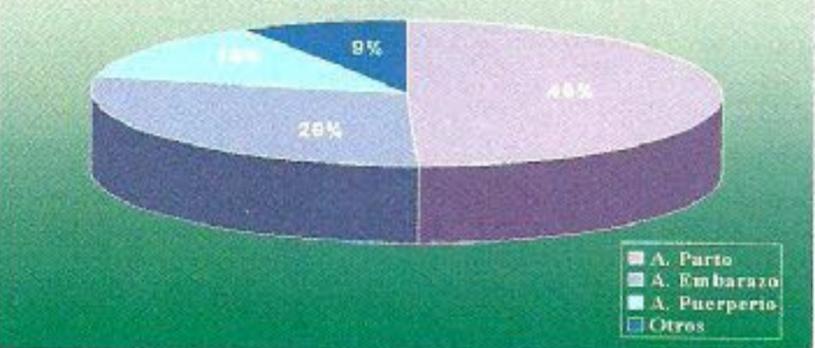
Un 51,1% afirmaron haber tenido contacto con la matrona, y un 45,1% no lo tuvo. Un 3,8% no sabía si lo había tenido o no. (Gráfico 5)

5. CONTACTO CON LA MATRONA (PERFIL DE LA MUESTRA)



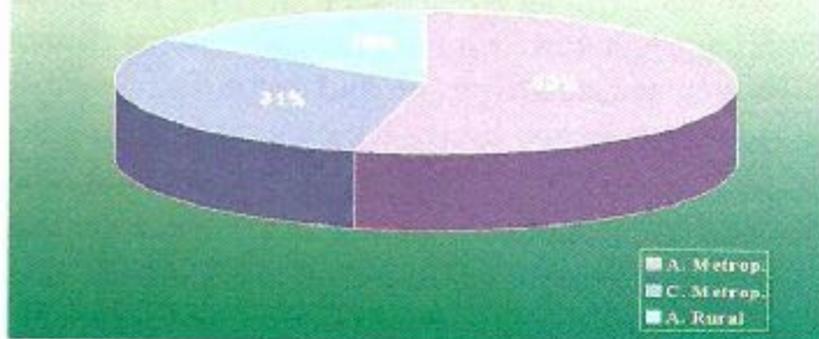
De las mujeres que habían tenido uno o varios contactos, los motivos más frecuentes de este fueron: asistencia al parto, un 74,2%, asistencia en el embarazo, un 43,2%, asistencia en el puerperio, un 19,7%, y otros motivos en un 13,1%. (Gráfico 6)

6. MOTIVO DE CONTACTO (PERFIL DE LA MUESTRA)



El lugar de residencia de estas mujeres correspondió al área metropolitana en un 53,7% de los casos, a la corona metropolitana el 30,7% y al área rural 15,6%. (Gráfico 7)

7. LUGAR DE RESIDENCIA (PERFIL DE LA MUESTRA)



2. Análisis estadístico descriptivo:

Distribución de las frecuencias de las variables dependientes: Conocimiento acerca de la Matrona.

A) Cualificación profesional de la matrona

Un 94% consideraba que se necesita algún estudio especial para ser matrona, un 1,7% consideró que no se necesita ningún estudio y un 4,3% no sabía la respuesta.

El 49,2% de las mujeres pensó que la formación de la matrona tenía carácter universitario, mientras que el 24,2% se repartió entre las que creyeron que son de Formación Profesional o Bachillerato. Hubo un 26,6% de mujeres que no conocieron el nivel de estudios que se requería para ser matrona. (Gráfico 8)

Un 46,2% respondió que la matrona es una

8. CUALIFICACIÓN ACADÉMICA (CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA MATRONA)

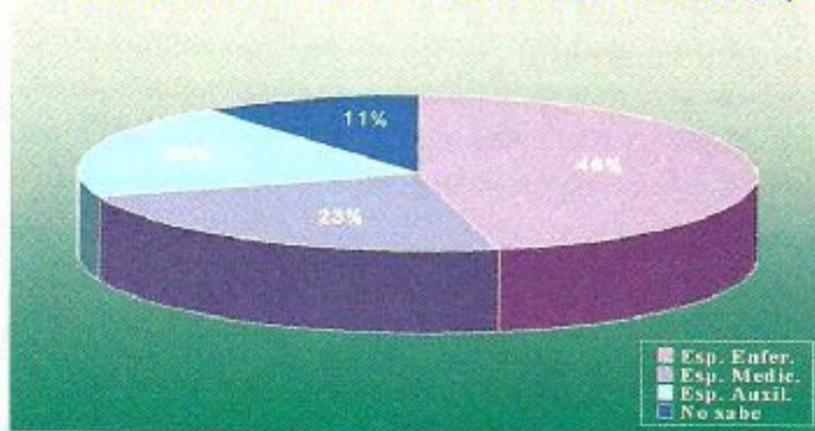


especialidad de enfermería, un 23,3% que es una especialidad de medicina y el 19,9% pensó que era una especialidad de auxiliar de enfermería y el 10,6% no sabía la respuesta. (Gráfico 9)

En cuanto a la duración de los estudios, hay un 49,4% de mujeres que lo desconocían, un 18,9% pensó que los estudios de formación tení-

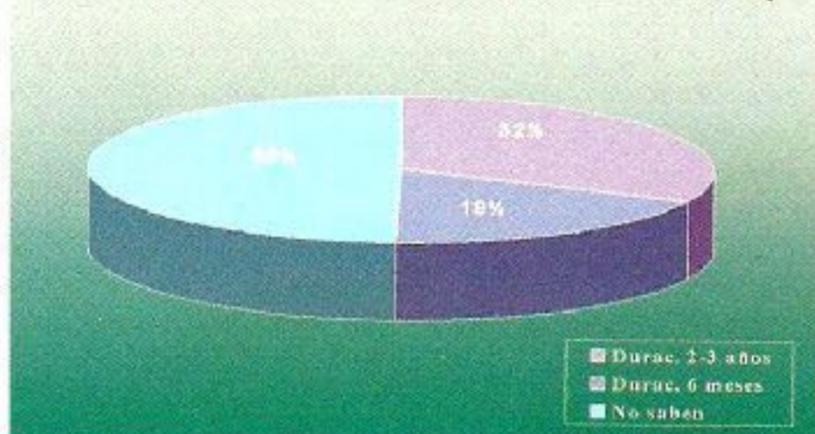


9. ESPECIALIDAD DE... (CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA MATRONA)



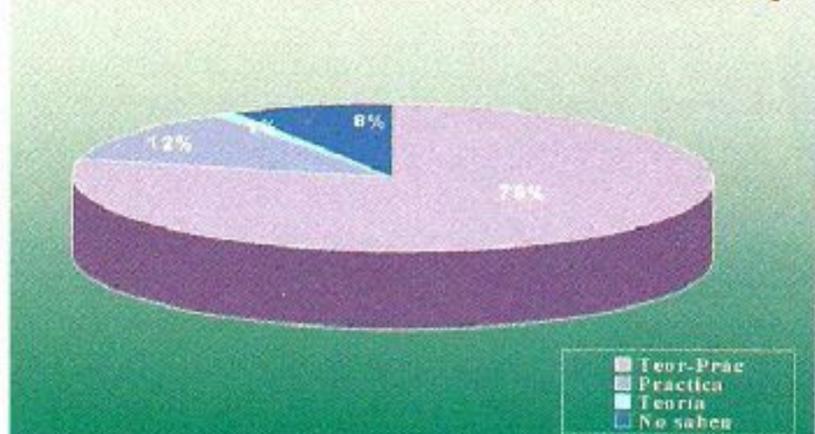
an una duración entre seis meses y un año, y el 31,7% de las mujeres creyó que duraban entre dos y tres años. (Gráfico 10)

10. DURACIÓN DE LA FORMACIÓN (CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA MATRONA)



El 78,4% respondió que la formación de esta especialidad combina los aspectos teóricos y prácticos, el 12,2% únicamente estimó como necesaria una formación práctica, tan solo el 1,2% formación teórica y el 8,2% no supo la respuesta. (Gráfico 11)

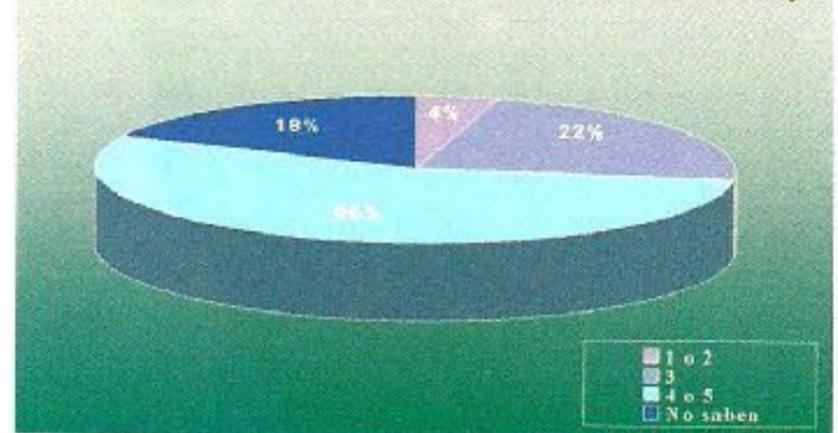
11. FORMACIÓN TEÓRICO/PRÁCTICA (CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA MATRONA)



En cuanto a la valoración de la preparación profesional de la matrona en una escala numérica del 1 al 5 (donde 1 era una preparación nula y 5 una preparación excelente), un 4,3% de las entre-

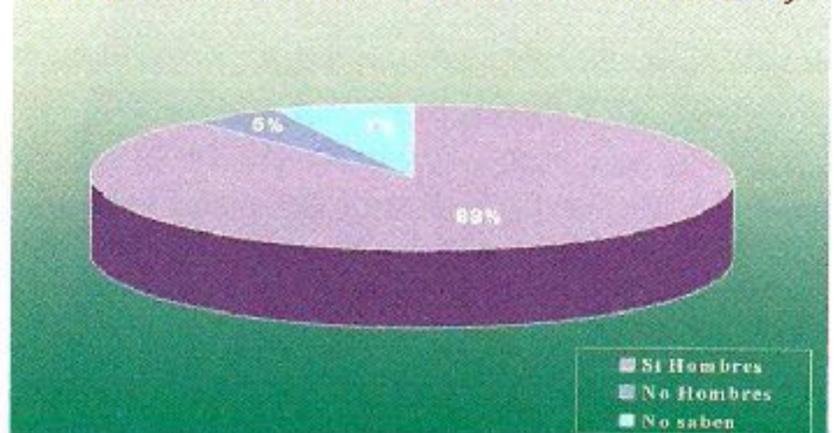
vistadas puntuaron el valor 1 o 2, el 22,3% tomaron el valor 3, y un 55,2% consideraron el valor 4 o 5. El 18,2% no supieron puntuar la preparación de la misma. (Gráfico 12)

12. PREPARACIÓN PROFESIONAL (CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA MATRONA)



El 88% de las mujeres entrevistadas opinó que pueden haber matronas hombres, frente al 5% que no. Hubo un 7% de mujeres que no supieron la respuesta. (Gráfico 13)

13. MUJER-HOMBRE (CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA MATRONA)



B) Actividades que realiza la matrona

Cabe destacar que el 88,5% de las mujeres creyó que es una actividad de la matrona la preparación al parto, porcentaje que descendió a un 68,6%, cuando se preguntó por la educación maternal. (Tabla 14)

Igualmente hay un 74,3% de mujeres que pensaban que es función de la matrona la revisión de la episiotomía, y tan solo un 54% de ellas sabía que es la matrona la que la realiza y sutura. (Tabla 15)

Hubo un porcentaje considerable de mujeres que creyó que la matrona realiza ecografías (42,2%) y cesáreas (18%). (Tabla 14)

El 83% de las mujeres pensó que las matronas informan sobre la lactancia materna, pero sólo un 56,8% las consideraban capaces de solucionar



14. ACTIVIDADES QUE REALIZA LA MATRONA (1)

Obstetricia	% SI	% No	% NS
Educación maternal	63,3	13,2	13,2
Preparación al parto	88,5	5,3	6,2
Consulta de embarazo normal	67,9	27,3	4,8
Realizar ecografías	42,2	46,0	11,8
Asistencia al parto normal	93,8	4,1	2,2
Realizar cesáreas	18,0	75,3	6,7

15. ACTIVIDADES QUE REALIZA LA MATRONA (2)

Obstetricia	% SI	% No	% NS
Realizar y suturar la episiotomía	54,0	31,9	14,1
Revisión de la episiotomía	74,3	18,5	9,1
Atención al niño al nacer	77,5	18,2	4,3
Informar a la madre sobre LM	83,0	12,7	4,3
Solucionar problemas de LM	56,8	32,4	10,8
Visita domiciliar a la puerpera	66,2	23,0	10,8

problemas relacionados con este tema. (Tabla 15)

Las actividades dentro del campo de la ginecología fueron las más desconocidas. Obtuvimos porcentajes elevados de mujeres que no consideraron como actividades propias de la matrona, la educación para la salud en la menopausia, en la planificación familiar, y realizar citología. El porcentaje más alto se encuentra en el campo de la Menopausia, únicamente un 25,7% de las mujeres asignó esta actividad a la matrona. (Tabla 16)

16. ACTIVIDADES QUE REALIZA LA MATRONA (3)

Ginecología	% SI	% No	% NS
E.P.S. sobre sexualidad	48,0	32,4	19,7
E.P.S. en planificación familiar	54,0	31,9	14,1
E.P.S. durante menopausia	25,7	60,7	13,7
Realizar citologías	46,0	45,3	8,6

Así mismo destacó que sólo un 45,1% de mujeres creyó que una de las actividades de la matrona es la investigación. (Tabla 17)

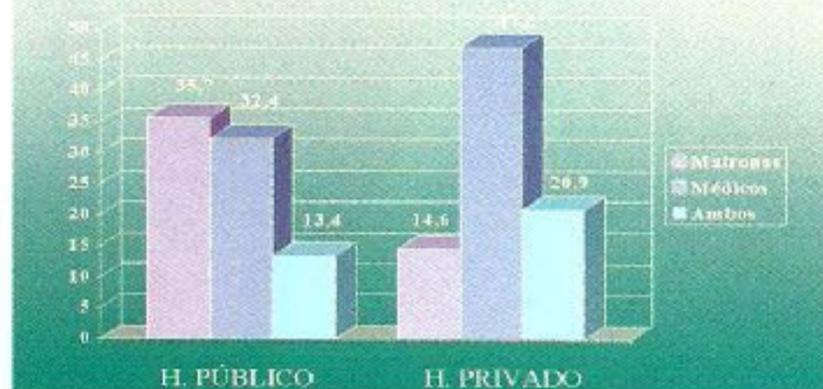
Además de estas actividades asistenciales se las interrogó acerca de otras competencias de la matrona, como es la de Dirección de Enfermería, respondiendo en un 44,6% que sí es una actividad que correspondía a la misma, y tan solo un 16,1% pensó lo contrario, mientras que un 39,3% desconocía la posibilidad de esta opción. (Tabla 17)

17. ACTIVIDADES QUE REALIZA LA MATRONA (4)

Otros	% SI	% No	% NS
Investigar	45,1	30,7	24,2
Impartir clases en E.U.E.	55,2	20,1	24,7
Dirección de Enfermería	44,6	16,1	39,3

En cuanto a la asistencia al parto eutócico en un hospital público, sólo un 35,7% de las mujeres entrevistadas respondió que lo atienden las matronas, el 32,4% contestó que es el médico y un 13,4% de ellas opinó que lo atienden ambos. Los porcentajes cambiaron cuando se les realizó la misma pregunta referida al hospital privado, un 14,6% contestó que lo asiste la matrona, un 47,2% que el médico, y el 20,9% opinó que ambos. (Gráfico 18)

18. ASISTENCIA AL PARTO EUTÓCICO



C) Respecto a su lugar de trabajo

En cuanto al conocimiento de los lugares de trabajo donde la matrona desempeña sus actividades nos encontramos con los siguientes porcentajes:

- Un 73,6% respondió que hay matronas trabajando en los Centros de Salud, frente a un 19,2% que contestó que no, y un 7,2% lo desconocían.

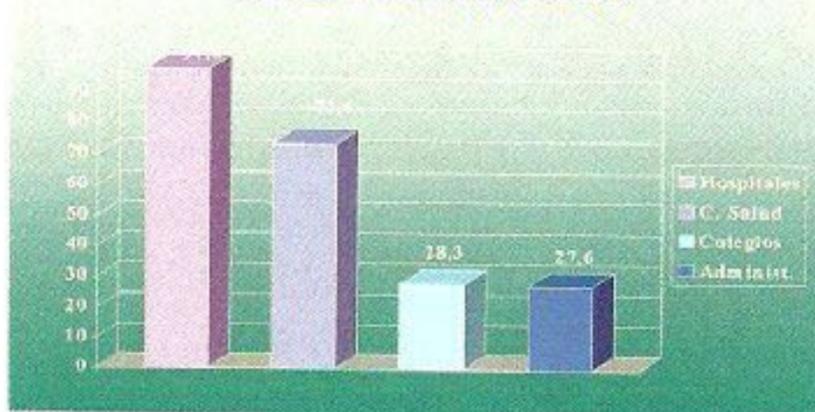


- Un 28,3% opinó que pueden trabajar en Colegios e Institutos, mientras que un 53% pensó que no, y el resto un 18,7% desconocía la respuesta.
- Un 27,6% opinó que la matrona puede desarrollar su actividad en Instituciones Administrativas, mientras que un 44,6% opinó que no y un 27,8% desconocía la respuesta.
- El 97,8% consideró que podía realizar sus actividades en los Hospitales y Maternidades. Sólo el 2,2% consideró que no. (Tabla 19 y Gráfico 20)

19. LUGAR DE TRABAJO DE LA MATRONA

	% SI	% No	% NS
Centro de Salud (C.P.S)	73,6	19,2	7,2
Colegios e Institutos	28,3	53,0	18,7
Ministerio de Sanidad	27,6	44,6	27,8
Hospitales y Maternidades	97,8	2,2	0,0

20. LUGAR DE ACTUACIÓN DE LA MATRONA



3. Análisis estadístico bivariado:

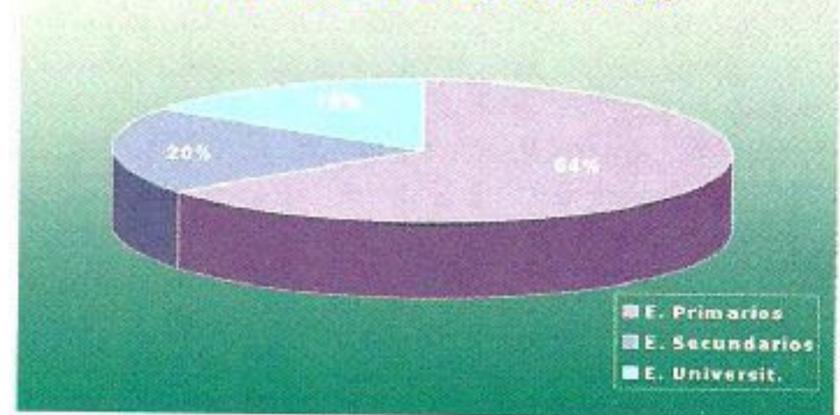
Relación entre variables dependientes e independientes mediante el Chi cuadrado

A) Cualificación profesional de la matrona

Respecto a la pregunta: ¿Qué estudios crees que tiene la matrona?

Entre las mujeres que consideraron que las matronas son universitarias, el 65% tenían estudios primarios, el 19% estudios secundarios y el 16% eran universitarias (p=0,000). (Gráfico 21)

21. OPINAN QUE LA MATRONA ES UNIVERSITARIA:



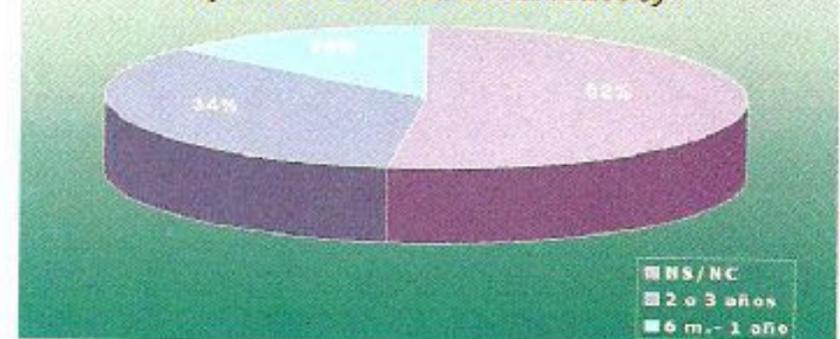
Respecto a la pregunta: Crees que la matrona es una especialidad de médico/ auxiliar/ enfermería.

La mayoría de las entrevistadas que respondieron que es una especialidad de enfermería,

Fueron las mujeres con nivel de estudios universitarios las que más supieron que es una especialidad de enfermería, un 65%, frente al 35% que la consideraba como una especialidad de médico o de auxiliar de enfermería. Sin embargo sólo el 32,8% de las mujeres sin estudios o con estudios primarios contestó que es una especialidad de enfermería, frente al 67,2% que la consideró especialidad de médico o auxiliar de enfermería (p<0,0001). (Gráfico 22)

22. OPINIÓN DE LAS MUJERES CON HIJOS SOBRE LA DURACIÓN DE LOS ESTUDIOS

(Relación entre variables)



Respecto a la pregunta: Además de los 3 años de formación que requieren los enfermeros ¿sabes cuánto tiempo dura la especialidad de Matrona?

El 51,9% de las mujeres que tenían hijos no conocían la duración de los estudios. Del 48,9% que creyó conocerlos, el 34,3% consideró que tiene una duración entre 2 y 3 años y el 13,8% entre 6 meses y 1 año (p=0,003)

De las mujeres que respondieron que los estudios de matrona duraban 2 años, el 63,93% afirmó haber

tenido contacto con ella, mientras que el 36,07% no habían tenido contacto. Sin embargo, de las mujeres que respondieron que duraban entre 6 meses y 1 año, el 62,03% negó haber tenido contacto con la matrona, frente al 37,97% que había tenido contacto ($p=0,001$).

De las mujeres que respondieron que los estudios de matrona duraban entre 6 meses y un año, el 45,57% eran universitarios, el 34,18% habían realizado estudios secundarios, y el 20,25% eran sin estudios o con estudios primarios ($p=0,0011$). (Gráfico 23)

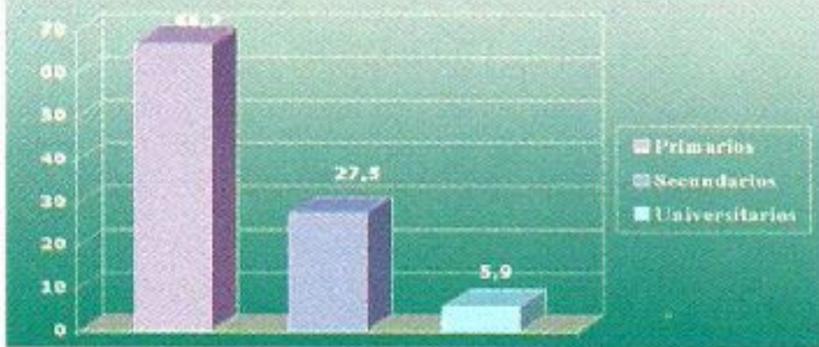
23. DURACIÓN DE LA ESPECIALIDAD CONTACTO CON LA MATRONA
(Relación entre variables)



Respecto a la pregunta: Crees que la formación de la matrona es: práctica/ teórica/ ambas/ no sabe.

El 66,6% de las mujeres con estudios primarios consideraron que la formación es únicamente práctica, esta cifra descendió al 27,5% cuando los estudios eran secundarios, y a un 5,9% cuando eran universitarios ($p=0,007$). (Gráfico 24)

24. FORMACIÓN PRÁCTICA / ESTUDIOS DE LA MUJER
(Relación entre variables)



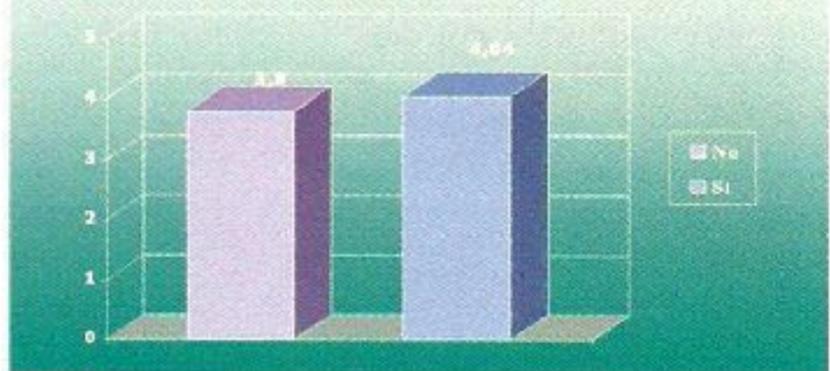
Respecto a la pregunta: La preparación de la matrona para ejercer su profesión considera que es 1/ 2/ 3/ 4/ 5/ no sabe (siendo 1=nula y 5=excelente)

Se observó que las mujeres que no habían tenido hijos puntuaron más bajo, un 3,8 de media, mientras que las que habían tenido hijos, puntuaron más alto, un 4,04 de media ($p=0,0014$).

Las mujeres que puntuaron 4 ó 5, un 64,6% habían tenido algún parto normal, frente al 35,4% que no habían tenido ningún parto normal ($p=0,000$).

Entre las mujeres que puntuaron un 4 o un 5, la mayoría, 67,57%, afirmó haber tenido alguna vez contacto con la matrona, mientras que al 32,42% respondió que no ($p=0,000$). (Gráfico 25)

25. PREPARACIÓN PROFESIONAL / HIJOS
(Relación entre variables)

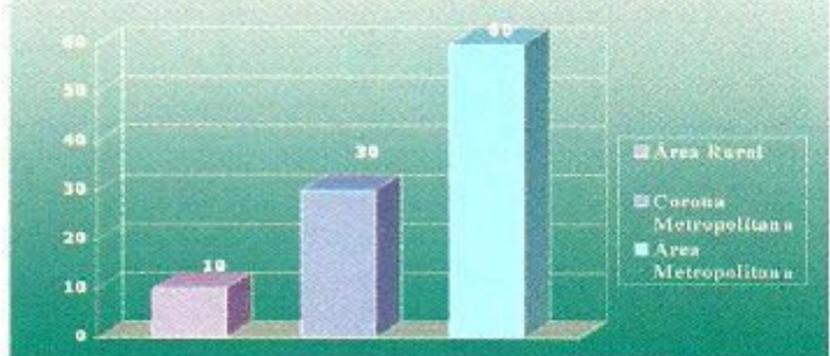


B) Actividades que realiza la matrona

Respecto a la actividad: Educación Para la Salud (EPS) en Menopausia

El 10% de las mujeres del área rural consideró que la Educación para la Salud en la Menopausia no es una actividad de la matrona, este porcentaje aumentó al 30%, entre las mujeres de la corona metropolitana, y un 60% entre las mujeres del área metropolitana ($p=0,0002$). (Gráfico 26)

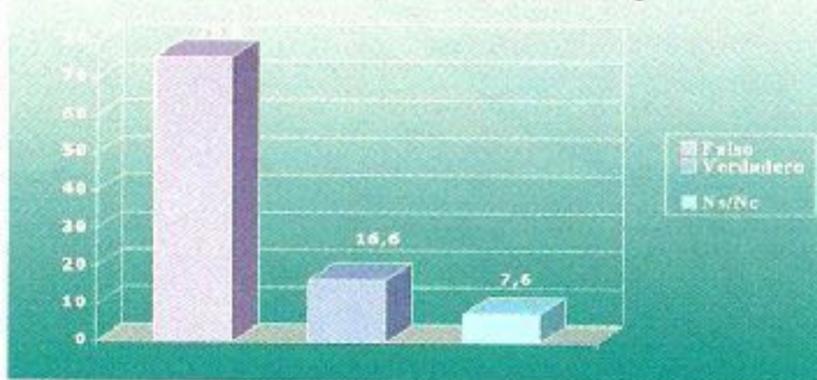
26. NO A E.P.S. MENOPAUSIA / ÁREA DE RESIDENCIA
(Relación entre variables)



Las mujeres con una edad entre 45-65 años, contestaron mayoritariamente, 75,8% de ellas, que era falso que la matrona pudiera llevar a cabo esta actividad, frente el 16,6% de ellas que respondieron verdadero a esta actividad. Hubo un 7,6% que no supo la respuesta ($p=0,000$). (Gráfico 27)



**27. E.P.S. MENOPAUSIA
(MUJERES 45-65 AÑOS)**
(Relación entre variables)



Respecto a la actividad: Consulta de embarazo normal

Fueron las mujeres entre 20-44 años, las que en su mayoría, un 65,4%, respondieron que la matrona realiza esta actividad, frente al 32,2% con edad entre 45-65 años y el 2,5% entre 15-19 años ($p=0,000$). (Gráfico 28)

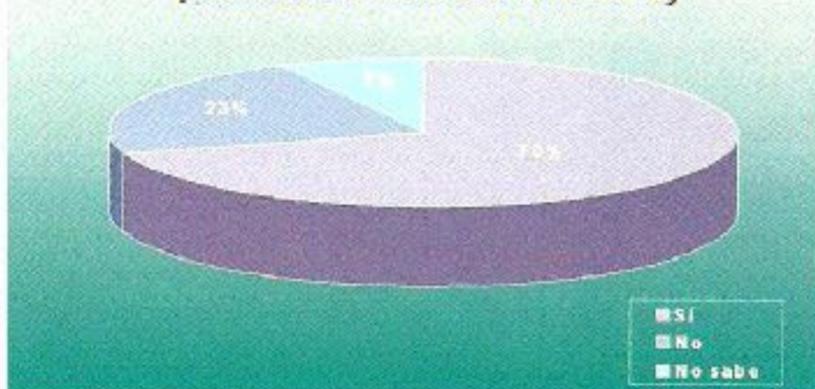
28. CONSULTA DE EMBARAZO / EDAD
(Relación entre variables)



Respecto a la actividad: Visitas domiciliarias a las puérperas.

Las mujeres entre 20-44 años, un 70% respondieron como cierto que la matrona lleva a cabo esta actividad, mientras que 23% contestó que no y el 7% que no supo la respuesta ($p=0,034$). (Gráfico 29)

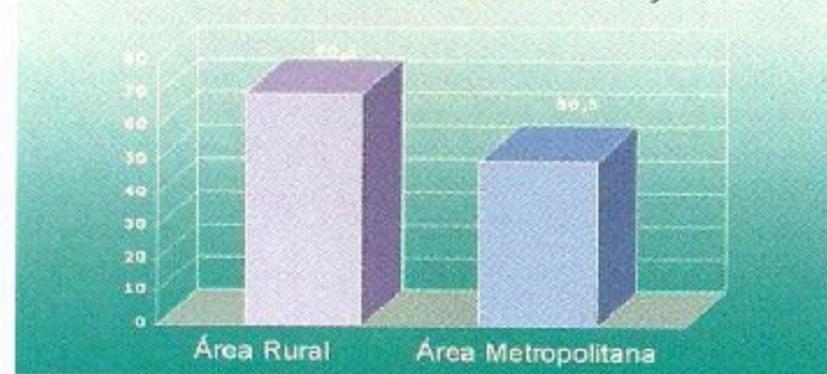
**29. VISITA DOMICILIARIA PUERPERIO
(MUJERES ENTRE 20 Y 44 AÑOS)**
(Relación entre variables)



Respecto a la actividad: EPS en colegios e institutos sobre sexualidad

Las mujeres que fueron entrevistadas en el área metropolitana, respondieron en un 50,5%, que la Educación para la Salud en colegios e institutos es una actividad de la matrona, sin embargo en el área rural, este tanto por ciento asciende a un 70,4% ($p=0,0532$). (Gráfico 30)

30. E.P.S. SEXUALIDAD / ÁREA DE RESIDENCIA
(Relación entre variables)



Respecto a la actividad: Informar a la madre sobre la lactancia materna.

El 100% de las mujeres que tuvieron contacto con la matrona durante el puerperio contestaron que sí es una actividad de ésta. ($p=0,01$)

La mayoría de las que respondieron que no es una actividad de la matrona, el 84% no habían tenido contacto con ella durante el embarazo y el 16% sí ($p=0,009$). (Gráfico 31)

31. INFORMAR SOBRE LA LM NO ES UNA ACTIVIDAD DE LA MATRONA
(Relación entre variables)



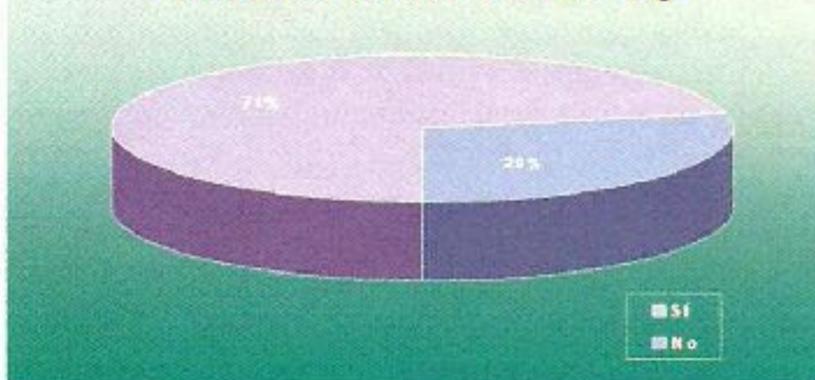
Respecto a la actividad: Solucionar problemas de la lactancia materna

Fue en el grupo de mujeres de edad entre 20-45 años las que más asignaron esta actividad a la matrona, un 71%, mientras que el 29% le negó esta actividad ($p=0,0011$). (Gráfico 32)

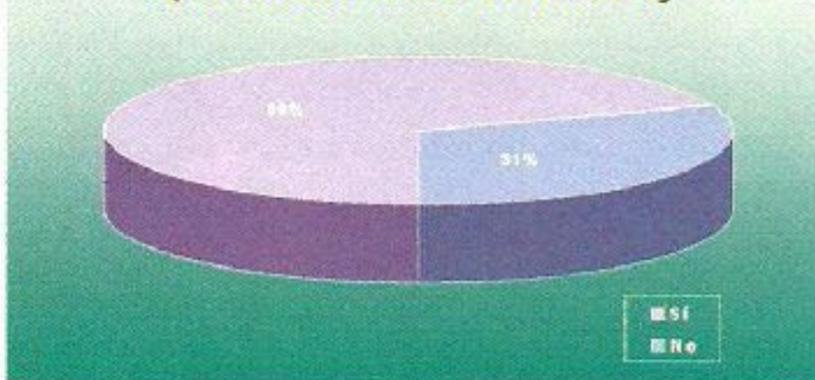
Las mujeres que sí habían tenido contacto con la matrona respondieron en mayor proporción que era actividad suya, un 69, %, mientras que el 31% respondió que no ($p=0,0575$). (Gráfico 33)



32. SOLUCIONAR PROBLEMAS DE L.M. (MUJERES ENTRE 20 Y 44 AÑOS)
(Relación entre variables)



33. SOLUCIONAR PROBLEMAS DE L.M. (CONTACTO CON MATRONA)
(Relación entre variables)



Respecto a la actividad: Educación maternal.

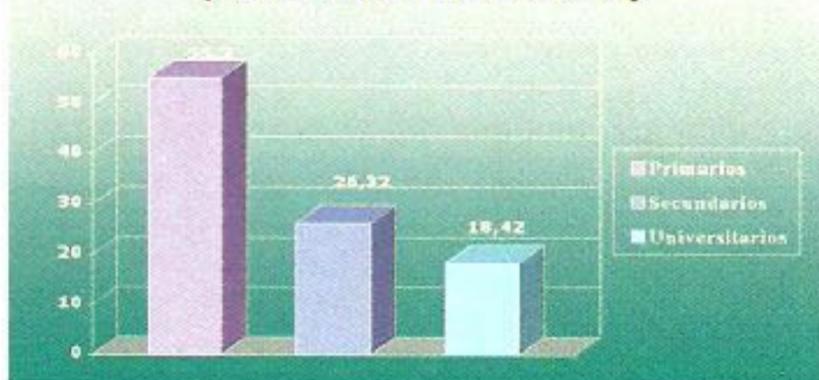
Se observó como significativo que el 91% de mujeres entrevistadas que respondieron que no es una actividad de la matrona habían afirmado haber tenido contacto con ella durante la asistencia al parto, frente el 9% de mujeres que no habían tenido ese contacto ($p=0,013$). (Gráfico 34)

34. EDUCACIÓN MATERNAL NO ES UNA ACTIVIDAD DE LA MATRONA
(Relación entre variables)



El 18,42% de mujeres universitarias consideraron que las matronas no realizan ésta actividad. Este porcentaje aumentó a un 26,32% en mujeres con estudios secundarios, y a un 55,2% en las mujeres sin estudios o con estudios primarios ($p=0,0478$). (Gráfico 35)

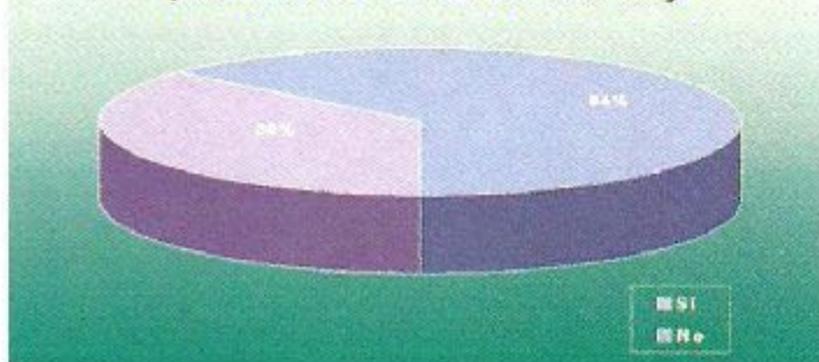
35. EDUCACIÓN MATERNAL NO ES UNA ACTIVIDAD DE LA MATRONA
(Relación entre variables)



Respecto a la actividad: Preparación al parto.

El 64% de mujeres con una edad entre 20-44 años consideró que no la realiza la matrona, frente al 36% que contestó que sí ($p=0,003$). (Gráfico 36)

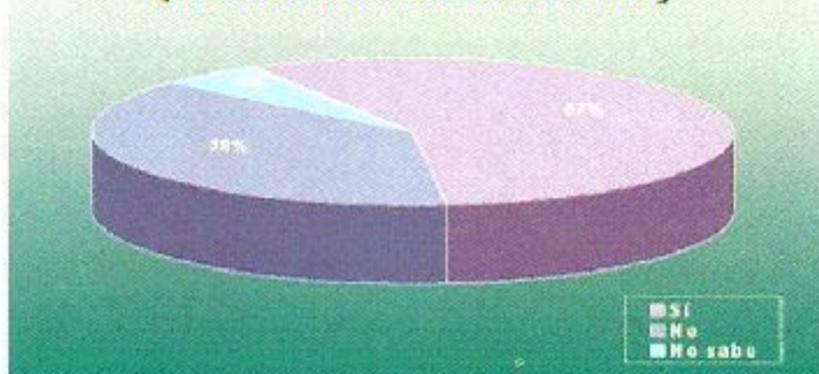
36. PREPARACIÓN AL PARTO (MUJERES 20-44 AÑOS)
(Relación entre variables)



Respecto a la actividad: Realizar citologías

Las mujeres que habían tenido contacto con la matrona, el 56,8% opinó que realizaba citologías, el 38% que no y el 5,2% que no sabía la respuesta ($p=0,000$). (Gráfico 37)

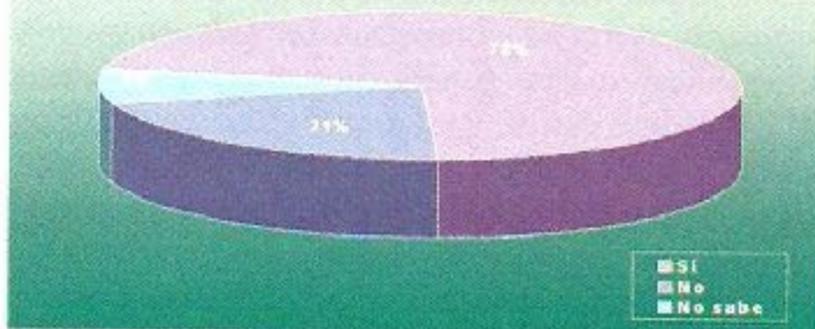
37. REALIZAR CITOLOGÍAS (CONTACTO CON MATRONA)
(Relación entre variables)



El motivo del contacto que más influyó fue que éste se hubiera producido en la asistencia al puerperio, así las mujeres que afirmaron haber

tenido éste contacto, un 72% le asignaron ésta actividad, mientras el 21% que no y el 7% que no respondieron ($p=0,046$). (Gráfico 38)

38. REALIZAR CITOLOGÍAS (CONTACTO DURANTE PUERPERIO) (Relación entre variables)

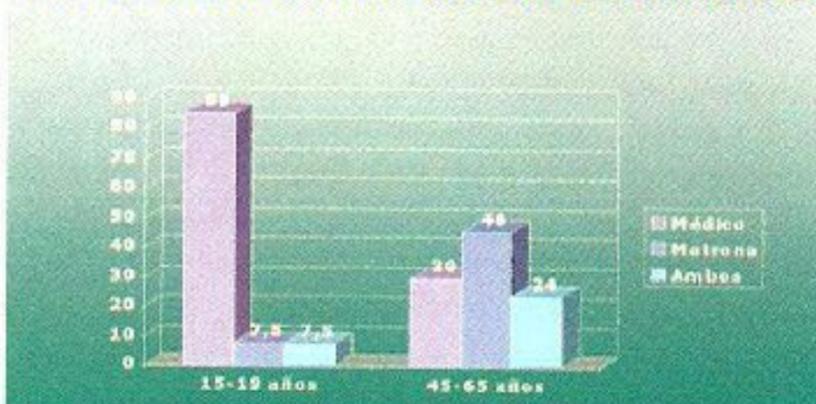


Respecto a la actividad: ¿Quién asiste al parto normal en un hospital público?

Entre las mujeres de 15-19 años, el 85% respondieron que el médico-tocólogo, un 7,5% contestaron que la matrona, y el mismo porcentaje respondieron que ambos ($p=0,0009$).

Entre las mujeres de 45 a 65 años, el 30% respondieron que es el médico-tocólogo, el 46% la matrona, y ambos un 24%. En ambos casos el resto no supo la respuesta ($p=0,0009$). (Gráfico 39)

39. QUIÉN ASISTE AL PARTO NORMAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO



De las mujeres que afirmaron ser atendidas por una matrona en el parto sólo el 52,9% respondió que el parto normal lo asiste la matrona en un hospital público, mientras un 23,91% cree que lo asiste el médico-tocólogo y el 23,19% que ambos ($p=0,0046$). (Gráfico 40)

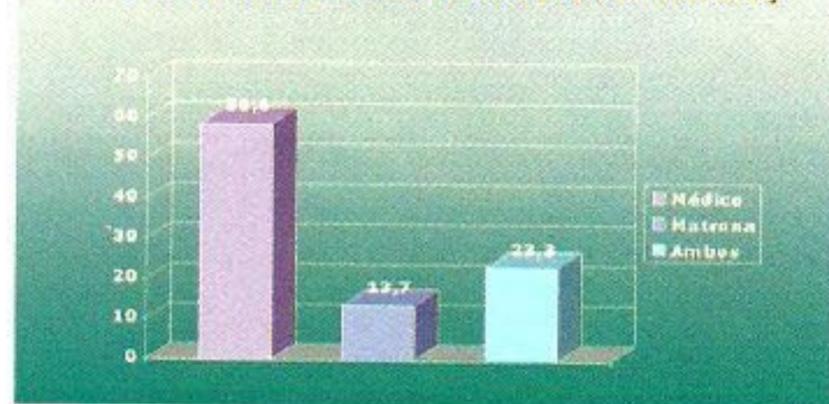
Respecto a la actividad: ¿Quién asiste al parto normal en un hospital privado?

Las mujeres que parieron en un hospital privado, la mayoría contestaron que el parto normal en un hospital privado es asistido por el médico-tocólogo, un 58,6%, y solo un 13,7% opinaron que es atendido por la matrona, un 23,3% contestó que ambos y un 4,4% que no sabía ($p=0,001$). (Gráfico 41)

40. QUIÉN ASISTE AL PARTO NORMAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO (MUJERES QUE PARIERON EN HOSPITAL PÚBLICO)



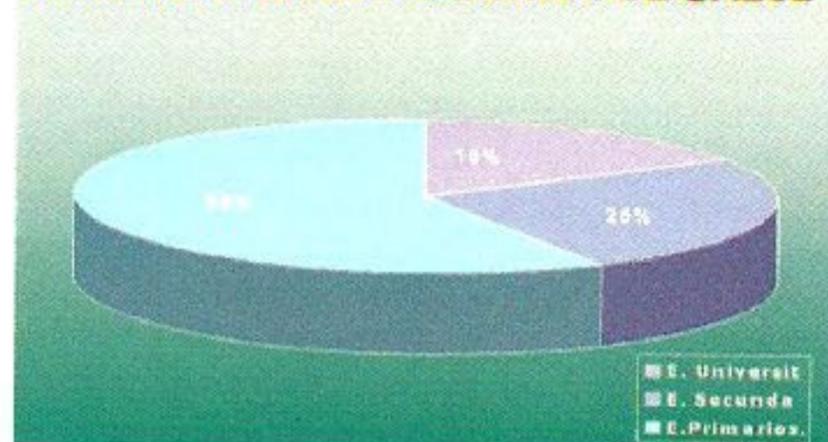
41. QUIÉN ASISTE AL PARTO NORMAL EN UN HOSPITAL PRIVADO (MUJERES QUE PARIERON EN HOSPITAL PRIVADO)



C) Lugar de trabajo de la matrona

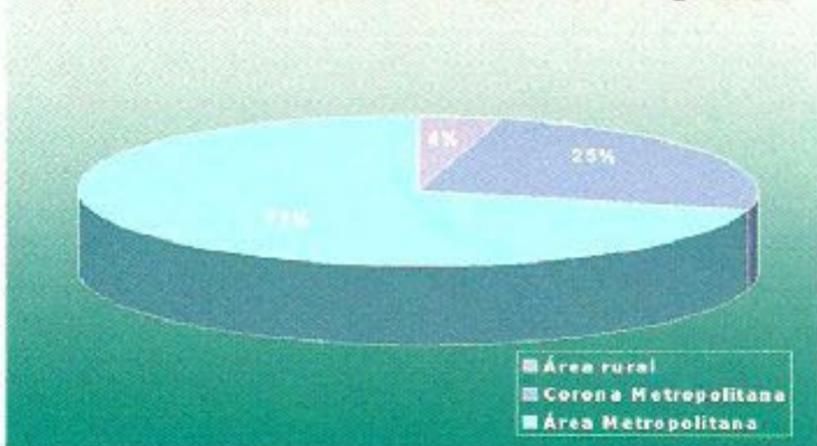
La mayoría de mujeres que conocían que la matrona realiza su trabajo en los CPS, un 59% fueron las mujeres sin estudios o con estudios primarios, frente a un 25% de mujeres con estudios secundarios y a un 16% de universitarias ($p=0,047$). (Gráfico 42)

42. LAS MATRONAS REALIZAN SU ACTIVIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD



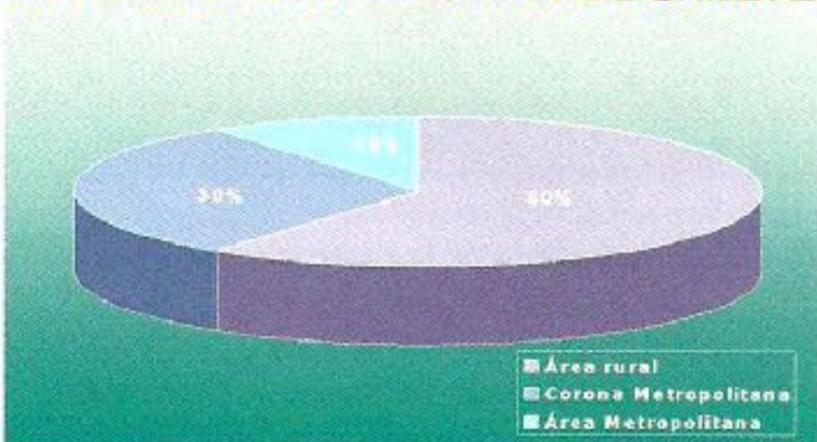
Entre las mujeres que contestaron que la matrona no realiza sus actividades en los CPS, un 71% corresponde a mujeres del área metropolitana, un 25% a la corona metropolitana y sólo un 4% del área rural ($p=0,001$). (Gráfico 43)

43. LAS MATRONAS NO REALIZAN SU ACTIVIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD



La mayor proporción de mujeres que contestaron que la matrona no puede trabajar en el Ministerio de Sanidad, un 60,2%, corresponde a las mujeres del área metropolitana, un 29,6% a las de la corona metropolitana y un 10,2% a las del área rural ($p=0,044$). (Gráfico 44)

44. LAS MATRONAS NO REALIZAN SU ACTIVIDAD EN EL MINISTERIO DE SANIDAD



DISCUSIÓN

El estudio se ha centrado en las mujeres que acuden a los CPS de la CAM, pero es razonable pensar que las conclusiones son aplicables a toda la población femenina de la comunidad, ya que creemos que la muestra elegida es representativa de la población puesto que no existen grandes diferencias entre las características de ambas.

El resultado más importante de nuestro estudio ha sido confirmar el gran desconocimiento que existe sobre la matrona a cerca de su cualificación profesional, las actividades que lleva a cabo y lugares donde trabaja.

La mayoría de las mujeres desconocen que tipo de preparación y estudios tiene, la duración de éstos, su nivel académico y el hecho de que estén contemplados como especialidad de enfermería. Se percibe a las matronas como colectivo profesional sanitario distinto e independiente al de enfermería, lo que nos llama la aten-

ción, puesto que ya desde el año 1957 quedaron establecidos, por Real Decreto, los estudios de matrona como especialización de enfermería.

En cambio, son pocas las mujeres que ven la profesión exclusivamente femenina, cuando hasta el año 1980 no se suprime la limitación que existía por razón de sexo para acceder a dichos estudios.

Nos satisface afirmar que la puntuación que dan a su preparación profesional es alta, sobre todo las que han tenido hijos y el parto ha sido normal.

Las actividades dentro del campo de la ginecología son las más desconocidas, lo que no es de extrañar, puesto que la mayoría de éstas no son llevadas a cabo todavía por matronas; en algunos casos por excesivo carga asistencial y falta de tiempo y en otros, por ser las propias matronas las que se limitan a las actividades obstétricas. Hay que tener en cuenta que hasta que se aprueba el nuevo plan de estudios para la obtención del título de Enfermera especialista en Obstetricia-Ginecología, vigente sólo desde el año 1992, la formación que recibían era exclusivamente para la asistencia obstétrica.

Porcentajes altos de mujeres, sobre todo del área metropolitana, no consideran que la matrona pueda realizar EPS en planificación familiar, en menopausia o realizar citologías. Las mujeres que han tenido contacto con ella durante el puerperio han sido las únicas que mayoritariamente le han asignado esta última actividad, lo que indica que este desconocimiento es sobre todo por falta de relación con ella y porque se la sigue vinculando exclusivamente a actividades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

En general, las actividades dentro del campo de la obstetricia son más conocidas, pero nos ha resultado sorprendente, que siendo la asistencia al parto la actividad tradicional de la matrona, muchas mujeres desconozcan que son ellas las que atienden los partos en los hospitales públicos, incluso las que han parido en ellos. Es curioso que mientras la mayoría saben que es una actividad suya la revisión y cuidados de la episiotomía durante el puerperio, casi la mitad de ellas creen que no fue una matrona quien la puede realizar y suturar. Esto nos lleva a pensar que las mujeres no saben que profesional sanitario le está atendiendo en el momento del parto, bien sea por que no vamos debidamente identificados o por que no nos presentamos. Sin embargo tienen claro que si deciden parir en clínicas privadas serán atendidas por el médico.

También nos ha resultado significativo que se vea a la matrona como informadora de la lactancia materna, pero bastante menos capaz de solucionar problemas que puedan tener las mujeres sobre este tema.

Aunque las clases de educación para la salud dirigi-



das a las embarazadas y sus parejas que llevan a cabo las matronas en los CPS son más amplias que la mera preparación al parto, es mucho más conocido éste término que el de Educación maternal, lo que puede ser debido a que ésta terminología se utiliza y no siempre, desde hace mucho menos tiempo.

En cuanto al lugar de trabajo, las mujeres, sobre todo las del área metropolitana, lo reducen a hospitales y clínicas de maternidad, conociendo poco la actividades que pueda llevar a cabo en lugares docentes o administrativos. Destacamos que aunque la mayoría piensa que las matronas trabajan en los CPS, hay un porcentaje de ellas nada despreciable que cree que no, lo cual nos llama la atención teniendo en cuenta que la matrona siempre ha formado parte del equipo de Atención Primaria.

En conclusión, las mujeres de la Comunidad de Madrid saben poco acerca de la matronas. Las variables independientes estudiadas y que han definido el perfil de las mujeres de la muestra, han influido de muy distinta manera y no siempre, en el conocimiento que tienen de ésta.

Como futuras matronas deseamos que vaya cambiando esta situación por lo que creemos muy necesario tomar medidas adecuadas para la promoción de la profesión. Creemos que todo el colectivo profesional, antiguas y nuevas matronas, tenemos mucho que ofrecer a las mujeres y debemos ir adaptándonos a la cambiante demanda en consonancia a los cambios sociales, avances científicos y tecnológicos que se van produciendo en

la actualidad, sin perder nuestra identidad profesional, y a pesar de la creciente participación de otros profesionales de la sanidad en los cuidados de la mujer.

Debemos vender mejor quienes somos y lo que hacemos, y esto es responsabilidad de todas. Así mismo deberíamos luchar por ir incorporando cada vez más a nuestro quehacer profesional, actividades que incluyan cuidados integrales a las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital.

Por último, sugerimos también que la variable dependiente (conocimiento acerca de la matrona) podría ser objeto de otro estudio en el que la muestra elegida fuera el propio personal sanitario. Creemos, por conversaciones mantenidas y lo que hemos ido escuchando y percibiendo, que los resultados que se pudieran obtener serían también bastante sorprendentes.

AGRADECIMIENTOS

A todas las mujeres que libre y voluntariamente quisieron participar, sin las cuales no se habría podido llevar a cabo el estudio.

A todos las direcciones de enfermería de las áreas de salud de la CAM, que consintieron la realización de las encuestas en los CPS.

A Rosario Madero Jarabo, Licenciada en Matemáticas y Adjunta de Bioestadística, y a Francisco Gayá Moreno, Ingeniero de Telecomunicaciones; ambos de la Unidad de Investigación del Hospital "La Paz".

BIBLIOGRAFÍA

1. ALMILA GORGES, A "La matrona rural posibilidades de actuación". *Matronas Hoy* 1985, nº 11.
2. ARCAS RUIZ, P.; ARCAS RUIZ J; ORTEGA MARTÍN, E. "Formación y ejercicio profesional de las matronas en la provincia de Granada: 1900-1987" *Enfermería Clínica* 1994 nº 2.
3. BACHILLER RAMÓN, C. "Estudio de opinión sobre la imagen de la Matrona en Madrid" *Matronas Hoy* 1995, nº 5:18-23
4. CEMENA PUIJ, C; PALACIOS ZARAGOZA, M.J.; VALLS TORMO, M.J. "Una profesión de mujeres también para hombres". *Matronas Hoy* 1986, nº 14
5. CREUS I VIRGIL, M.; MILA ROSIAS, J.A.; CORTINA, E.: "La Enfermera Obstétrica en el Hospital Comarcal" *Rol de Enfermería* 1981, nº 40:73-76
6. DOMINGUEZ TALLATA, C. "La matrona Rural". *Matronas Hoy* 1983, nº 0
7. GASPA, R. "La matrona y la sociedad". *Matronas Hoy*

1984; nº10: 24.

8. GASULL VILELLA, M. "Nuevos enfoques de la profesión de matrona" *Matronas Hoy* 1983, nº3: 24
9. GUTIERREZ DE TERAN MORENO, G."Enfermería Materno-Infantil en clave de futuro". *Enfermería Científica* 1994, nº148-149: 26-33
10. LLORENTE, C. "Evolución de la Atención Obstétrica en los últimos 20 años" *Matronas Hoy* 1985 nº 12
11. MUÑOZ GONZALEZ, R. "Nueva Modalidad de Matrona en Atención Primaria". *Matronas Hoy* 1992 nº2: 16-17
12. MUÑOZ GONZALEZ, R.; SÁNCHEZ PERRUCA M.I. "Formación de las matronas en al comunidad Europea" *Rol de Enfermería* 1992 nº 167:73-78
13. M.R. "Importancia social de la Matrona" *Matronas Hoy* 1983; nº6: 18-19
14. SANES, A; CORTINA, E; MOREN, C. "Las matronas en Cataluña" *Rol de Enfermería* 1981 nº 42: 74-75
15. SEGURANYES, G. "La matrona en la Comunidad Económica Europea" *Rol de Enfermería* 1996 nº 94: 75-77





VII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS



Y

I CONGRESO DE LA ASOCIACION DE MATRONAS EXTREMEÑAS

CACERES 9, 10 Y 11 de Noviembre de 2000

La Salud, la Familia y sus Matronas

AVANCE DEL PROGRAMA

JUEVES. día 9

TARDE

1. Bioética e Ingeniería Genética.
2. Reproducción Asistida.
3. Importancia de la búsqueda bibliográfica en investigación
4. Suelo pélvico e incontinencia urinaria

VIERNES. día 10

MAÑANA

5. Analgesia Epidural
6. Transcendencia de los cuidados psicoemocionales durante el embarazo, parto y puerperio
7. Pulsioximetría y bienestar fetal
8. Terapia Cráneo-Sacral

SABADO. día 11

MAÑANA

9. Mesa redonda: La matrona en diferentes sistemas y países
10. Comunicaciones libres
11. Conclusiones



FUMAR EN EL EMBARAZO: CONSECUENCIAS PERINATALES Y CAMBIOS DE CONDUCTAS

AUTORES:

Vicente Velázquez Vázquez (1)

Manuel Fernández Cejas (1)

Obdulia Gómez Romero (2)

(1) Matronas

(2) Pedagoga

DIRECCIÓN POSTAL:

Vicente Velázquez Vázquez, C/ Argentina, 7, Alcalá de Guadaíra 41500 (Sevilla)

RESUMEN.

El consumo de tabaco es una conducta tóxica actualmente muy extendida en la población general, siendo muy importante su incidencia en el grupo de mujeres en edad fértil, en las que esta conducta puede generar nuevas actitudes cuando existe un embarazo.

El objetivo general del presente trabajo es conocer, en nuestro medio, la evolución de la conducta tabáquica durante el embarazo, analizando qué incidencias obstétricas crea, e identificando factores que intervengan en dicha evolución.

Para ello, se diseña un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo a partir de una muestra de 200 puérperas escogidas aleatoriamente y que cumplen criterios de inclusión establecidos, a las que tras una revisión de su historia clínica se les realiza una entrevista.

Como conclusiones, se establece que las mujeres dejan de fumar por sí solas durante el embarazo, sin ser valorada la intervención profesional. No obstante, persisten algunas conductas fumadoras y nuestra actuación debería incidir especialmente en aquellas de 11 a 20 cigarrillos/día.

Se requiere dicha intervención para evitar el efecto (comprobado una vez más) del tabaco sobre el peso del niño al nacer. En nuestra muestra, los niños de madres que fumaron más de 5 cigarrillos/día durante el embarazo pesaron una media de 359 gramos menos que los hijos de no fumadoras.

PALABRAS CLAVE:

Fumar tabaco (smoking), Embarazo (pregnancy), Peso al nacer (birthweight), Actitudes (attitudes).

I.-INTRODUCCIÓN.

Los efectos fisiopatológicos del tabaco sobre el embarazo han sido ampliamente estudiados y relacionados por autores como Kleinman, Coll y Torné, Meyer, etc, derivando su interés de su patogenia y de la extensa población susceptible, siendo la droga más común en las mujeres fértiles.

Concretamente, se ha encontrado en la mayoría de trabajos tasas entre el 34% al 55% de mujeres fumadoras antes de un embarazo, reduciéndose a tasas entre el 20% y el 34% durante la gestación.

Respecto a los efectos del tabaco, los investigadores coinciden en el bajo peso al nacer, crecimiento intrauterino retardado, placenta previa, rotura prematura de membranas, e interrupción precoz del embarazo (aborto-prematuridad) como los más relacionados, aunque también se citan otros como el embarazo ectópico, muerte súbita del lactante, problemas respiratorios infantiles, siendo estos más controvertidos.

Concluyendo, resulta oportuno citar a Kleinman cuando dice que “si todas las gestantes dejasen de fumar, el número de muertes perinatales y del lactante se reduciría un 10%”.

El embarazo en una mujer que fuma hace que esta conducta adquiera nuevas significaciones negativas, de forma que la mujer puede modificar o no sus hábitos de consumo. Todo esto justifica el estudio e interés por factores psicosociales y educacionales (autores como Eriksson, Stewart, Haslan, etc, han analizado motivaciones y aptitudes pedagógicas de los profesionales encargados de Educación para la Salud, edad y nivel socio-cultural de las embarazadas, factores psico-emocionales, importancia del número inicial de cigarrillos, y otros). Esto es más innovador, y de ello existen escasas referencias bibliográficas en nuestro



medio, concretamente Andalucía. Por esto último consideramos interesante la realización de una revisión de la actual situación, encuadrándola dentro del MARCO TEÓRICO de la Educación para la Salud de la Embarazada (respecto al consumo de tabaco).

Los OBJETIVOS se formulan así:

1.1.- Conocer prevalencia de mujeres que fuman previamente al embarazo y cómo evoluciona ese consumo durante el mismo.

1.2.- Estudiar factores implicados en la evolución de la conducta tabáquica durante el embarazo. Evaluar los conocimientos que la mujer tiene respecto a efectos del tabaco en la gestación, y evaluar la percepción de la mujer sobre la Educación para la Salud recibida por parte de los profesionales sanitarios.

1.3.- Analizar el consumo de tabaco como factor que interviene en la incidencia de:

- Disminución del peso al nacer.
- Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR).
- Placenta Previa (PP).
- Rotura Prematura de Membranas (RPMA).

1.4.-IMPLICACIÓN PRÁCTICA: En vista de lo anterior, establecer recomendaciones sobre la prioridad, contenidos e insistencia de la Educación para la Salud respecto al consumo de tabaco a las gestantes que acuden a la consulta de embarazo y programa de Educación Maternal.

2.-MATERIAL Y MÉTODO.

Este trabajo consiste en un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, a partir de una muestra de 200 púerperas hospitalizadas (Hosp. Univ. Maternal Virgen del Rocío, en Sevilla) en su 2º-3º día postparto, durante los meses de Abril, Mayo, y Junio de 1999. La muestra fue escogida aleatoriamente y se revisó su historia clínica con el siguiente objeto:

a) Excluir los casos en los que aparecían circunstancias concretas (tabla 1), para obtener así una muestra no demasiado heterogénea y porque

TABLA 1.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estados hipertensivos en el embarazo
- Diabetes, Hipertiroidismo, e Hipotiroidismo
- Consumo de otras drogas
- Desnutrición
- Anemia moderado-severa
- Embarazo múltiple
- Polihidramnios
- Oligohidramnios moderado-severo
- Embarazo conseguido mediante Técnicas de Reproducción Asistida
- Paridad >IV
- Edad menor de 17 y mayor de 34 años
- Infecciones maternas que puedan causar embriopatías (rubéola, varicela, toxoplasma, etc)
- Malformaciones fetales
- Prematuridad (<37 semanas)
- Postmaduridad (>42 semanas)

tras el análisis bibliográfico se entendió que podían influir en el normal desarrollo de hábitos de conducta de la embarazada y en las incidencias analizadas en el objetivo 1.3..

b) Anotar datos correspondientes a las siguientes variables: Peso al nacer, existencia o no de CIR, PP, RPMA.

Posteriormente, a las púerperas incluidas (todas aquellas sin ningún criterio de exclusión) se les realiza una entrevista en condiciones ideales, que consisten en que en ese momento se encuentre sola en la habitación, que no esté comiendo ni alimentando o haciendo otros cuidados al bebé, y sin interrumpirla en la realización de otras actividades relacionadas con sus necesidades básicas. Se les garantiza en todo momento el anonimato y la confidencialidad en la entrevista, con la que obtenemos datos correspondientes a las siguientes variables:

- A-Número de cigarrillos que fumaba antes del embarazo.
- B-Número de cigarrillos que fumaba en la primera y segunda mitad del embarazo (primeros 4 meses, segundos 5 meses)
- C-Motivo por el que cambia o no la conducta tabáquica.
- D-Efectos nocivos que conozca del tabaco sobre el embarazo.
- E-Valoración de la intervención de Matrona, Tocólogo, Médico de Familia, en Educación para la Salud.

Las variables B, C, y E no son encuestadas, obviamente, a aquellas mujeres que no fumaban previamente al embarazo.



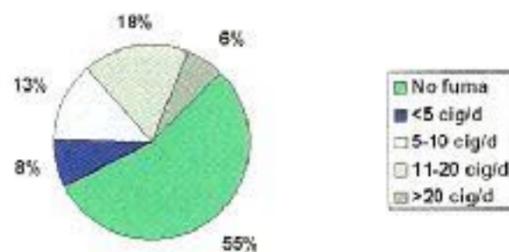
Finalmente, los datos se agrupan y analizan estadísticamente mediante tablas de distribución de frecuencias.

3.-RESULTADOS.

-RESPECTO AL OBJETIVO 1.1.

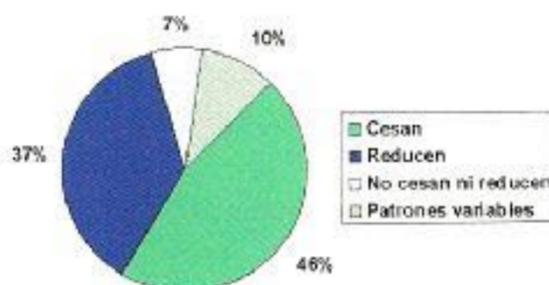
El 45% de las mujeres fumaban previamente al embarazo, desglosándose en grupos de fumadoras de <5 cigarrillos/día (cig/d) (8%), de 5 a 10 cig/d (13%), de 11 a 20 cig/d (18%), y de >20 cig/d (6%, del total de la muestra).
(Representado en fig.1)

FIG. 1: FUMABAN ANTES DEL EMBARAZO



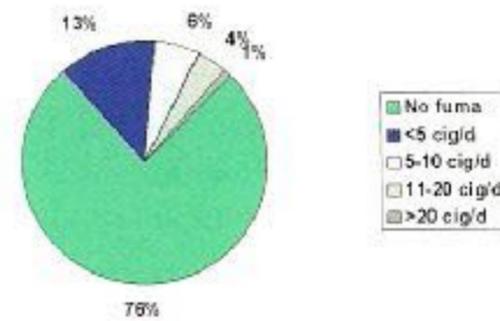
Durante el embarazo, el 46% de las que fumaban cesan totalmente el consumo, el 37% reduce, el 7% no cambia su conducta (ni cesa, ni reduce, ni aumenta), y el 10% realiza patrones variables, que son aquellas conductas caracterizadas por reducción o cese inicial seguido de recuperación del hábito a lo largo del embarazo (en la segunda mitad).
(Representado en fig.3)

FIG. 3: EVOLUCIÓN DE CONDUCTAS



De esta forma, sólo un 24% de mujeres fuman durante el embarazo, desglosándose en grupos de fumadoras de <5 cig/d (13%), de 5 a 10 cig/d (6%), de 11 a 20 cig/d (4%), y de >20 cig/d (1%), respecto al total de la muestra.
(Representado en fig. 2)

FIG. 2: FUMAN DURANTE EL EMBARAZO



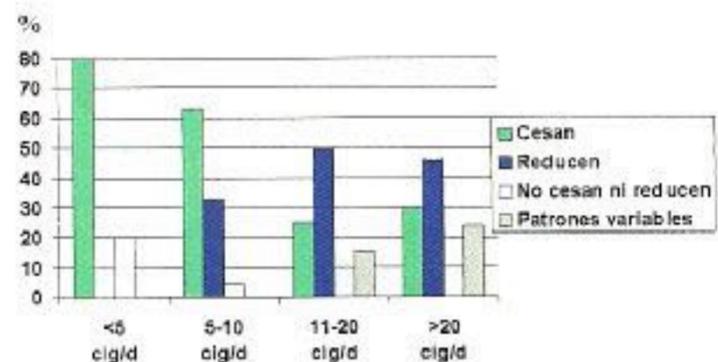
-RESPECTO AL OBJETIVO 1.2.

Los factores implicados en la conducta tabáquica que se infieren del estudio son:

A-NUMERO INICIAL DE CIG/D: El 80% de las mujeres que fumaron inicialmente <5 cig/d cesaron de fumar totalmente, frente al 20% que no modificaron la conducta. Conforme aumenta el número previo de cig/d, disminuye la proporción de ceses (63% de las que fumaban 5-10 cig/d, 25% en 11-20 cig/d, y 30'7% en fumadoras de >20 cig/d), apareciendo así mismo proporciones crecientes de conductas de reducción (33'3% de las que fumaban 5-10 cig/d, 50% en 11-20 cig/d, y 46'1% en el grupo de >20 cig/d).

Las conductas sin cambio (cese o reducción) alcanzan el 20% en el grupo que fumaba <5 cig/d, el 3'7% en el grupo de 5-10 cig/d, el 8'3% en las de 11-20 cig/d, y el 0% en las de >20 cig/d. Ninguna mujer de los grupos de menos de 5 cig/d y de 5-10 cig/d experimentó patrones variables, pero éstos sí se dieron en el 14'2% de las mujeres de 11-20 cig/d y en el 23% de las de >20 cig/d.
(Representado en fig. 4)

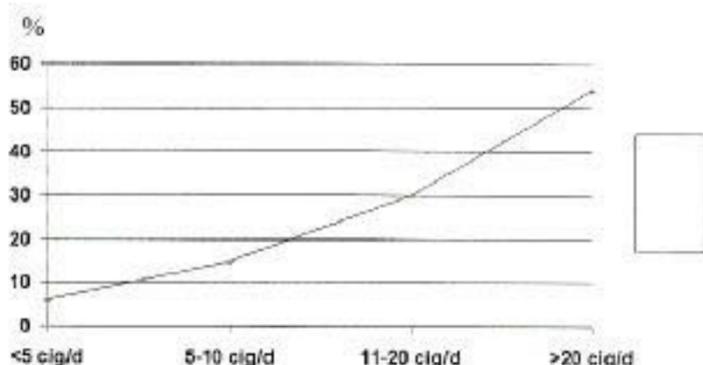
FIG. 4: EVOLUCIÓN DE CONDUCTAS SEGÚN NÚMERO INICIAL DE CIGARRILLOS



El obstáculo Ansiedad/Dependencia (A/D) aparece relacionado de forma directa conforme aumenta el número de cig/d. Así, las mujeres reconocieron la A/D como dificultad para cesar y reducir el hábito en las siguientes proporciones: Sólo el 6'6% en el grupo de

<5 cig/d, el 14'8% en las de 5-10 cig/d, el 28'5% de las fumadoras de 11-20 cig/d, y hasta un 53'8% de las fumadoras de >20 cig/d relacionaron dicha A/D. (Representado en fig. 5)

FIG. 5. PORCENTAJE DE MUJERES QUE RECONOCEN LA ANSIEDAD COMO OBSTÁCULO PARA CESAR O REDUCIR EL CONSUMO



Así mismo, en el 60% de los casos de no cesión ni reducción, las mujeres relacionaron la A/D como causa principal, a pesar de que el 80% de estos casos reconocieron efectos nocivos sobre el embarazo.

B) INAPETENCIA:

El rechazo del tabaco (al igual que otras sustancias o productos) en el comienzo del embarazo es relacionado por las mujeres como un factor inhibitor del consumo, refiriéndolo como causa del 20% de los ceses en el grupo de <5 cig/d, y del 57'1% de los ceses del grupo de 5 a 10 cig/d. Además, resulta como causa del 20% de las reducciones en ese último grupo.

C) RECONOCIMIENTO DE EFECTOS NOCIVOS:

Constituye el factor que más frecuentemente relacionan las mujeres con sus conductas de cese y reducción del hábito. En concreto, aparece como causa del 71'4% del total de los ceses, y especialmente del 100% en el grupo de 11-20 cig/d.

También se relaciona en el 93'9% de los casos de reducción, especialmente de nuevo en los grupos de 11-20 cig/d (94'4%) y entre las fumadoras de >20 cig/d (el 100% de las reducciones de este grupo se debieron al conocimiento de efectos nocivos).

Los efectos reconocidos por las mujeres son el Bajo Peso al Nacer, el Perjuicio General, y la Hipoxia Feto-Neonatal, fundamentalmente. También fueron mencionados otros, y todos se representan en la tabla 2.

Destacar que el mayor porcentaje (28'5%) de mujeres que no conocían ningún efecto se produce en el grupo de aquellas fumadoras que no cesaron ni

redujeron el consumo, mientras que el grupo de mujeres que cesaron totalmente fue el que tuvo el menor porcentaje (4'7%) de No Conocimientos, reconociendo además en un alto porcentaje (38%) el Perjuicio General (no sabe efectos concretos) que el tabaco causa en el embarazo.

Así mismo, el 75% de las mujeres con patrones variables reconocieron el Bajo Peso como un efecto nocivo del tabaco, lo que también ocurrió en el 66'6% de aquellos que redujeron el consumo.

D) VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL:

El 83'3% de las mujeres que cesaron el consumo refieren haberlo hecho por Motu Propio, siendo el 100% de los ceses en los grupos de fumadoras de 5-10 cig/d, y de >20 cig/d.

Sólo el 9'5% lo hicieron por intervención de la Matrona, el 4'7% a partir del Médico de Familia, y el 2'3% por mediación del Tocólogo.

En cuanto a las conductas de reducción, el 45'4% de las mismas fueron por Motu Propio, un 36'3% por intervención de la Matrona (apareciendo especialmente (38'8%) en el grupo de 11-20 cig/d), un 12'1% a partir del Tocólogo, y un 6% por mediación del Médico de Familia.

Así mismo, las fumadoras que no cesaron ni redujeron o que expresaron patrones variables, reconocieron la intervención (inútil en este caso) de la Matrona en el 60% y del Tocólogo en el 20% de ellas.

-RESPECTO AL OBJETIVO 1.3.

A) REGISTRO DE LA INCIDENCIA DE BAJO PESO AL NACER:

Los pesos promedios (media+desviación típica) que resultaron en los distintos grupos son los que se representan en la fig. 6.

FIG. 6. PROMEDIOS DE PESOS AL NACER SEGÚN CONDUCTAS FUMADORAS

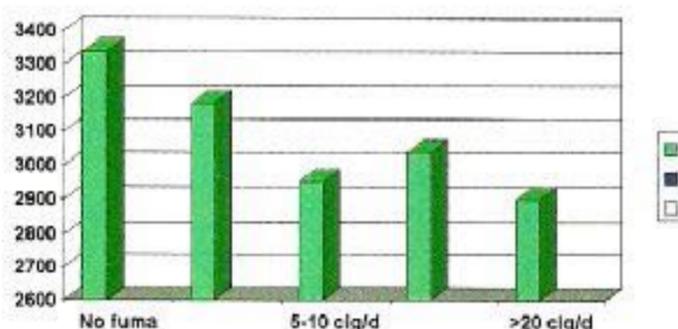


TABLA 2: EFECTOS NOCIVOS MENCIONADOS

(Relacionados por orden de número de referencias)

- Bajo peso
- Perjuicio general
- Hipoxia feto-neonatal
- Prematuridad
- Crecimiento Intrauterino Retardado
- Malformaciones
- Retraso mental
- Muerte súbita
- Raquitismo
- Placenta previa

Según la bibliografía actual, estos efectos se encuentran:

ACEPTADOS EN DISCUSIÓN NO ACEPTADOS

El promedio global de los pesos en todas las mujeres que fumaron más de 5 cig/d durante el embarazo es de 2978 + 349 gramos, mientras que el de aquellos niños cuyas madres no fumaron es de 3337 + 445 gramos.

B) REGISTRO DE LA INCIDENCIA DE CIR:

El CIR apareció en los diferentes grupos con la siguiente incidencia:

-Grupo que no fumaba previamente al embarazo: 2'7%.

-Grupo que fumaba previamente pero cesó: 2'3%.

-Grupo que fumó menos de 5 cig/d durante el embarazo: 0%.

-Grupo que fumó más de 5 cig/d durante el embarazo: 9%.

C) REGISTRO DE LA INCIDENCIA DE RPMA:

-Grupo que no fumaba previamente: 20'9%.

-Grupo que fumaba pero cesó: 16'6%.

-Grupo que fumó <5 cig/d durante el embarazo: 23%.

-Grupo que fumó >5 cig/d durante el embarazo: 17'3%.

D) REGISTRO DE LA INCIDENCIA DE PP:

Sólo hubo 1 caso, concretamente en el grupo que fumaba previamente pero cesó al comienzo del embarazo.

4.-CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

-El embarazo es una situación que provoca per sé una tendencia a cesar o reducir el consumo de tabaco: Hay menos mujeres que fuman y las que lo hacen, en menor cantidad de cig/d. En una altísima proporción todo ello se produce por iniciativa propia de las mujeres, sin reconocer la intervención profesional y con discreto grado de conocimientos verdaderos acerca de los efectos nocivos del tabaco sobre el embarazo (algunas relacionan, de forma incorrecta, el raquitismo, retraso mental, etc).

-Siendo lo anterior aplicable al total de la muestra general hay que evidenciar que persisten conductas sobre todo de más de 5 cig/d, y existe un grupo específico que por los resultados obtenidos sí merece algo más de nuestra atención. Las mujeres que fumaban previamente al embarazo entre 11 y 20 cig/d constituyen el grupo más numeroso dentro del total de fumadoras, y como aspectos negativos destacan por ser el grupo que tiene menos conductas de cese del hábito y además, tiene más casos de no modificación de la conducta fumadora durante la gestación. De forma positiva habría que reseñar que los casos que cesaron o redujeron lo hicieron por conocer efectos nocivos (no siempre correctos, volvemos a decir) y que son las mujeres que más reconocen y valoran la intervención, sobre todo de la Matrona.

De esta forma, debido a que parece más necesaria por un lado, y más eficaz por otro, la Educación para la Salud debe incidir especialmente en estas mujeres que fuman entre 11 y 20 cig/d antes y durante el embarazo, identificándolas precozmente y reforzando con conocimientos veraces y comprensibles el cambio de actitud que el propio embarazo parece predisponer.

-Y todo ello nos parece importante porque al margen de los efectos perjudiciales del tabaco aceptados científicamente, y aunque en nuestra muestra no encontramos mayor incidencia de RPMA ni PP en fumadoras respecto a no fumadoras, sí se ha confirmado una vez más que fumar está relacionado con el CIR y con la disminución del peso al nacer, siendo este efecto casualmente o no, el más reconocido por las mujeres estudiadas en nuestro medio.



BIBLIOGRAFÍA.

- GONZÁLEZ-MERLO. "Obstetricia". Editorial Masson. Barcelona, 1992.
- CZEIZEL, A.E. et al. "Smoking during pregnancy and congenital limb deficiency". Br. Med. J. Junio 1994, 308(4): 1473-6.
- SECKER-WALKER, R.M. et al. "Individualized smoking cessation counseling during prenatal and early postnatal care". Am. J. Obstet. Gynecol. Noviembre 1994. 171(5):1347-55.
- LOWDERMILK-PERRY-BOBAK. "Enfermería Materno-Infantil". Editorial Mosby. Madrid, 1998.
- SOLLA, JJ et al. "Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en Salvador, Bahía". Panamá Salud Pública. Julio, 1997. 2(1):1-6.
- MULLEN, PD et al. "Prenatal smoking cessation counseling by Texas obstetricians". Birth. Marzo, 1998. 25(1):25-31.
- LOWE, J.B. et al. "Evaluation of antenatal smoking cessation programs for pregnant women". Aust N Z J Public Health. Febrero, 1998. 22(1):55-9.
- ERIKSSON, K.M. et al. "Smoking habits among pregnant women in Norway 1994-95". Acta Obstet Gynecol Scand. Febrero, 1998. 77(2):159-64.
- WALSH, R.A. et al. "A smoking cessation program at a public antenatal clinic". Am J Public Health. Julio, 1997. 87(7):1201-4.
- HASLAN, C. et al. "The pregnant smoker: A preliminary investigation of the social and psychosocial influences". J Public Health Med. Junio, 1997. 19(2):187-92.
- NORDENTOFT, M. et al. "Intrauterine growth retardation and premature delivery. The effect of smoking and psychosocial factors". Ugeskr Laeger. Mayo, 1997. 159(22):3393-400.
- FRANCES RIBERA, L. "Factores nocivos para el desarrollo de la gestación". Rol. Abril, 1998. 236:20-30.
- T.W. SADLER, Ph. D. "Embriología Médica (de Langman)". Editorial Panamericana. México, 1996.
- DUNKLEY, J. "Training midwives to help pregnant women stop smoking". Nurs Times. Junio, 1997. 93(5):64-6.
- HAUGLAND, S. et al. "The pregnant smoker's experience of antenatal care results from a qualitative study". Scand J. Prim Health Care. Diciembre, 1996. 14(4):216-22.
- COOKE, M. et al. "Predictors of brief smoking intervention in a midwifery setting". Addiction. Noviembre, 1996. 91(11):1715-25.
- SOLOMON, L.J. et al. "Stages of change during pregnancy in low-income women". J Behav Med. Agosto, 1996. 19(4):333-44.
- WISBORG, K. Et al. "Smoking among pregnant women and the significance of sociodemographic factors on smoking cessation". Ugeskr Laeger. Junio, 1996. 158(2):3784-8.
- ERIKSSON, K.M. et al. "Smoking habits among pregnant women in a Norwegian county". Acta Obstet Gynecol Scand. Abril, 1996. 75(4):355-9.
- PARAZZANI, F. et al. "Validity of self-reported smoking habits in pregnancy: a saliva cotinine analysis". Acta Obstet Gynecol Scand. Abril, 1996. 75(4):352-4.
- WALSH, R.A. et al. "The accuracy of self reported of smoking status in pregnant women". Addict Behav. Septiembre- Octubre, 1996. 21(5):675-9.
- ERSHOFF, D.M. et al. "Relapse prevention among women who stop smoking early in pregnancy: a randomized trial of a self-help intervention". Am J. Prev Med. Mayo-Junio, 1995. 11(3):178-84.

NOTA IMPORTANTE

Ruego publiquen la siguiente nota en el próximo número de la revista "Matronas Hoy".

En el número 13, (4º trimestre de 1999) de la revista Matronas Hoy, fue publicado un artículo sobre "Los adolescentes y su sexualidad", firmado por Carmen García Jimenez, Yolanda Estrada Guiral y Sofía Martínez Carballo (Residentes de Matrona, Hospital La Paz - Madrid).

La Unidad Docente de Matronas de Madrid quiere hacer constar que las autoras firmantes del artículo, aunque en esos momentos sí que estaban realizando su período formativo en esta Unidad, no comunicaron la realización y posterior publicación del mismo, a ésta Unidad Docente. De manera que, ni las profesoras del Módulo de Sexualidad, ni la Unidad Docente de Matronas, ni el Hospital Universitario "La Paz" se responsabiliza de las deficiencias conceptuales y metodológicas de dicho trabajo.

M^a Isabel Sánchez Perruca
Jefa de Estudios Unidad Docente de Matronas de Madrid.

