



matronas hoy

TERCERA ETAPA. VOLUMEN 10 Nº 2 AÑO 2022

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

ISSN: 2340-0161



SUMARIO

Editorial

Originales

- Estudio descriptivo sobre la opinión de las matronas españolas en cuanto a su situación actual y el futuro de su formación profesional
- Impacto de la pandemia por COVID-19 en la lactancia materna en España. Estudio cualitativo
- Programa de formación con simulador para residentes de enfermería obstétrica ginecológica (matrona)
- Autosuficiencia en la educación de lactancia materna a través de redes sociales en tiempos de COVID-19
- Asesoramiento genético en el control preconcepcional y prenatal: una apuesta para el desarrollo en las competencias de matronas

Echando la vista atrás

Las matronas españolas y su vinculación con los 100 años de historia en la Confederación Internacional de Matronas (ICM). Parte II

Entrevista

Entrevista a M^a Dolores Viñas Álvarez

Agenda

- Comisión AEM 2 contra el plan de mejora integral de A.P Madrid 2022-2023
- Los Consejos de tu Matrona
- Comunicado de la Asociación Española de Matronas y la Federación de Asociaciones de Matronas de España
- La AEM en el XI Congreso Nacional de Lactancia Materna de la IHAN
- La vicepresidenta de la AEM, elegida para el cargo de tesorera de la IHAN
- La AEM en el Consejo Internacional de la ICM. 100 años de la ICM



matronas hoy es una publicación que nació hace treinta años gracias al empeño de la Asociación Nacional de Matronas pero, por múltiples factores, el proyecto tuvo que ser sacrificado. En 2013, gracias al acuerdo firmado con Grupo Paradigma, y por mediación de su Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE), la revista vuelve a publicarse, con más fuerza si cabe, para que todas las matronas estén al tanto de las últimas novedades en su área de trabajo.

Es una revista científica especializada en aportar contenidos de cuidados de salud orientados a la mujer, a la familia y a la sociedad en general, lo que permite a las matronas y matrones estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en su campo de trabajo diario.

matronas hoy en su tercera etapa, es la publicación científica/divulgativa oficial de la Asociación Española de Matronas (AEM) que pretende facilitar la posibilidad de publicación de los numerosos trabajos que, en la actualidad, realizan las matronas, al tiempo que sea una herramienta de formación continuada para todo el colectivo. Estos trabajos se enmarcan desde todas las perspectivas de la salud sexual y reproductiva de la mujer y del recién nacido, sobre cuidados, gestión, docencia e investigación, así como lo relacionado con la profesión de matrona en su historia, presente y futuro.

La publicación incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en este área profesional como artículos originales, revisiones, editoriales, entrevistas, cartas a la directora, etc.

Dirección editorial, redacción y administración:
Difusión Avances de Enfermería (DAE)
C/ Manuel Uribe, 13, bajo dcha. 28033 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

Envío de artículos: matronashoy@grupo-paradigma.com
E-mail de atención al cliente, publicidad y administración:
dae@grupo-paradigma.com

Periodicidad: 3 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Persona física	38€	48€
Estudiantes	30€	35€
Institucional	50€	60€

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

Esta publicación está incluida en: **Cuidatge**

Protección de datos: la Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEM
© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en:
<http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/pagina/normas-de-publicacion/>

ISSN: 2340-0161



matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa M^a Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

Comité editorial

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén
- Isabel Castelló López
- Carmen Molinero Fraguas
- Yolanda Espinosa de los Monteros

Comité científico

- Isabel Manzano Alonso
- Sofía Gotor Colas
- Pilar Medina Adán
- Leticia del Valle Falcón
- Andrea Herrero Reyes
- Maite del Hierro Gurruchaga



Sumario • Summary

Vol. 10 - nº 2 septiembre-noviembre 2022

Editorial

4

Originales

Estudio descriptivo sobre la opinión de las matronas españolas en cuanto a su situación actual y el futuro de su formación profesional	5
Elena Fernández García, Antonio Herrera Gómez, M ^a Lourdes Siquier Salvá, Amparo Lujano Arenas, Ana Fernández García	
Impacto de la pandemia por COVID-19 en la lactancia materna en España. Estudio cualitativo	13
María Dolores Sevillano-Giraldo, Isabel Rodríguez-Gallego, Fátima León-Larios	
Programa de formación con simulador para residentes de enfermería obstétrica ginecológica (matrona).....	25
Ángela Torres Díaz, José María Mora Morillo, Ana Pérez Caballero	
Autosuficiencia en la educación de lactancia materna a través de redes sociales en tiempos de COVID-19	35
Cynthia Alejandra García Aguirre, Mitzi Alicia García Zarate, Rosalinda Guerra Juárez, María de la Paz Lira Vensor, Adriana Janette Hernández Viesca	
Asesoramiento genético en el control preconcepcional y prenatal: una apuesta para el desarrollo en las competencias de matronas.....	47
Nicolás Orlando Núñez-Segovia, Francisca Vaitiare González Parga, Sissel Paz León-Figueroa, Felipe Calderón-Canales, María Angélica Alliende-Rodríguez	

Echando la vista atrás

Las matronas españolas y su vinculación con los 100 años de historia en la Confederación Internacional de Matronas (ICM). Parte II	57
Rosa M ^a Plata Quintanilla, M ^a Ángeles Rodríguez Rozalén	

Entrevista

Entrevista a M ^a Dolores Viñas Álvarez	65
---	----

Agenda

Comisión AEM 2 contra el plan de mejora integral de A.P Madrid 2022-2023	71
Los Consejos de tu Matrona	72
Comunicado de la Asociación Española de Matronas y la Federación de Asociaciones de Matronas de España	73
La AEM en el XI Congreso Nacional de Lactancia Materna de la IHAN	75
La vicepresidenta de la AEM, elegida para el cargo de tesorera de la IHAN	75
La AEM en el Consejo Internacional de la ICM. 100 años de la ICM	76

Editorial

Cuando se conjuntan casualidad y causalidad

"La casualidad no es, ni puede ser, más que una causa ignorada de un efecto desconocido", decía el ilustrado Voltaire. Y he ahí que la "casualidad" del impacto de la COVID-19, que viene asolando al mundo desde 2020, ha hecho diana con las mujeres y con las matronas que arrastran un déficit histórico en sus filas.

Siempre se dijo que la cadena se rompe por el eslabón más débil y la pandemia ha retrasado el avance de las mujeres de innumerables formas. En el frente de la salud materna, ha dejado fuera de la fuerza laboral a muchas mujeres, lo que ha profundizado la inequidad en la salud para aquellas de entornos socioeconómicos más bajos y la atención a la salud sexual y reproductiva, que no es una excepción, no es un "frente" que preocupe a nuestros políticos, porque creen que lo tienen resuelto hace mucho tiempo y por ello no les ocupa ni el más mínimo pensamiento. En parte es verdad que lo tienen resuelto, porque ningún país del mundo con las inversiones de España en Sanidad, y concretamente en matronas, tiene los resultados en asistencia materno-infantil que tiene nuestro país, así que seguimos moviéndonos con la fricción que perdura en el sistema...

Pero he ahí que la causalidad aflora a la superficie ante este desequilibrio (casual) y lo que se había mantenido con mucho esfuerzo de los profesionales frente al escaso o nulo reconocimiento de las administraciones sanitarias, se pone en riesgo de quiebra. Llevamos algunas años advirtiendo el problema que plantearía el relevo generacional de las matronas en estas primeras décadas del siglo XXI pero nadie con potestad escucha y actúa.

A este problema histórico se añade ahora el sobrevenido y puntual, el de este año 2022, que impide incorporarse al mercado laboral a las 406 nuevas profesionales en los meses de mayor necesidad de sustituciones como es el periodo estival, porque no concluirán su especialidad hasta pasado septiembre por la demora en el inicio de su curso.

Me consta que desde el norte al sur de esta nación, las matronas han advertido a las Administraciones sanitarias de este problema que iba a sobrevenir, y con afán de buscar soluciones se han prestado al diálogo, que no ha existido porque la "otra parte" ha ignorado el problema que ya es real y grave en estas fechas. Los políticos han incumplido sus deberes de cuidar y preservar la salud disponiendo de los profesionales más idóneos y en cantidad suficiente para el cuidado de su salud, olvidando reiteradamente, por otra parte, que la inversión en salud es el

gasto más prioritario y, en compensación, el más productivo para la sociedad.

Muchos asistimos horrorizados a soluciones que no son justas ni para profesionales ni para usuarios, en nuestro caso reduciendo plantillas tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, y delegando competencias en otros profesionales sin la preparación y cualificación necesarias para una correcta atención de salud. Esto es parchear grotescamente la sanidad y eso finalmente hundirá el Sistema Nacional de Salud y arrastrará a toda la sociedad en esta caída.

Curiosamente, aunque tampoco lo esperaba, ni las facciones feministas del gobierno, que proclaman a ultranza la defensa de las mujeres, se han interesado por una cuestión de justicia más que de género, aunque el género más afectado sea el femenino, mayoritario en España. Falacias, dislates y torticera propaganda de quienes más que servir a las mujeres se sirven de ellas para sus objetivos. Y los que no preconizan el feminismo exacerbado como las/os anteriores, actúan de la misma manera, olvidando el derecho de las mujeres al cuidado de la atención en salud, también en su faceta sexual y reproductiva.

La atención sanitaria se ha depauperado sustancialmente en estos años que venimos sufriendo la COVID-19 y es posible y que el resultado de la incompetencia e inacción política en materia de salud se traduzca en un daño irreparable para las mujeres y para la profesión de matrona.

El mismo Voltaire, cuyas palabras recordaba para introducir este editorial, se preguntaba "si la política no era otra cosa que el arte de mentir deliberadamente". Hoy tengo que darle la razón al erudito ilustrado: nuestros políticos han visto con claridad meridiana ante la invasión de la COVID-19, que el mayor activo del SNS es el coraje, la voluntad y la preparación de sus profesionales sanitarios, pero también han visto los defectos del sistema, empobrecido en recursos y necesitado urgentemente de apoyo. De nada parece haberles servido la lección para que cumplan con su obligación de una forma acertada y prioritaria y prefieren seguir mintiendo y diciendo que "todo va bien".

La historia será el notario de los resultados.

Rosa M^a Plata Quintanilla
Directora de Matronas hoy

¹ Elena Fernández García
² Antonio Herrera Gómez
³ M^a Lourdes Siquier Salvá
⁴ Amparo Lujano Arenas
⁵ Ana Fernández García

Estudio descriptivo sobre la opinión de las matronas españolas en cuanto a su situación actual y el futuro de su formación profesional

¹ *Matrona Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). C.S. Vicente Soldevilla, Madrid.*

² *Matrón. Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud C.S. Puerto de la Torre, Distrito Sanitario de Málaga.*

³ *Matrona. National Health Service (NHS). Hospital Royal Preston. Lancashire Teaching Hospital. Preston. Reino Unido.*

⁴ *Matrona Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). C.S. Arroyo Medialagua. Madrid.*

⁵ *Médico Atención Primaria. Sanidad de Castilla y León. (SACYL). C.S. La Vitoria, Valladolid.*

E-mail: elenafdezgarcia@hotmail.es

Fecha de recepción: 26 de octubre de 2021.

Fecha de aceptación: 16 de julio de 2022.

Cómo citar este artículo:

Fernández García E, Herrera Gómez A, Siquier Salvá ML, Lujano Arenas A, Fernández García A. Estudio descriptivo sobre la opinión de las matronas españolas en cuanto a su situación actual y el futuro de su formación profesional. *Matronas Hoy* 2022; 10(2):5-12.

Resumen

Objetivo: el objetivo principal de esta investigación es recabar la opinión de las matronas españolas en cuanto a la posibilidad de un cambio en su formación que dé un nuevo rumbo al futuro de su profesión. Secundariamente se analizará el conocimiento de las matronas sobre la historia de su profesión y la opinión del colectivo sobre la posición que ocupa la matrona dentro de la profesión enfermera.

Material y método: estudio descriptivo transversal, no experimental en función de las opiniones de matronas de toda la geografía española, participantes voluntarias en la encuesta propuesta.

Resultados y conclusiones: como resultados de esta investigación destaca la falta de conocimientos de la historia de la profesión. La profesión de matrona se beneficiaría de un grado independiente de matrona y, por tanto, de un colegio profesional propio. Es necesaria la participación activa de todo colectivo para iniciar el camino del cambio que desea la mayoría.

Palabras clave: matronas; formación; competencias; satisfacción; expectativas; conocimiento.

Abstract

Descriptive study on the opinion of spanish midwives regarding their current situation and the future of their professional training

Objective: the primary objective of this research is to obtain the opinion of Spanish midwives regarding a potential change in training which will provide a new direction to the future of their profession. Secondly, there will be an analysis of the knowledge of midwives regarding the history of their profession and their opinion as a group of the position occupied by midwives within the nursing profession.

Materials and method: a descriptive cross-sectional study, non-experimental, based on the opinions of midwives throughout the Spanish geography, who volunteered to participate in this survey.

Results and conclusions: the lack of knowledge of the history of the profession stands out as a result of this research. The midwife profession would benefit of an independent midwife degree, and therefore, a specific professional association. The active participation of the whole group is necessary to take the path of change wanted by the majority.

Key words: midwives; training; skills; satisfaction; expectations; knowledge.

Introducción

La profesión de matrona en su historia más reciente en España (XX-XXI) ha tenido cambios en su formación y organización, al hilo del avance de la tecnología y la investigación, los cuales han influido en el desarrollo de sus competencias y funciones y en muchos aspectos laborales y profesionales. El desarrollo de una profesión está influenciado directamente por la política que regula los aspectos formativos y laborales.

En España, antes de 1950, las tres profesiones, la de matrona y practicante (las más antiguas) y la de enfermera separadas, se conocían como las "tres ramas auxiliares de la medicina": una la de matrona, otra la de practicante y otra la de enfermera¹. Estos tres colectivos tuvieron un cambio en sus planes de estudios tras la unificación impuesta de las tres carreras y la posterior creación para su formación de las denominadas Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) en 1953². A partir de 1957, la profesión de matrona fue convertida en una especialidad de ATS con posibilidad de acceso solo para mujeres hasta el año 1980³.

A todos estos cambios formativos de la profesión de matrona se le sumó un cambio legislativo, a través de una Orden Ministerial⁴, que suprimió los colegios profesionales de practicantes, enfermeras y matronas unificando las tres especialidades en un colegio único de ATS; esto se tradujo, en el caso de las matronas que eran un minoría de menos del 3% dentro de la enfermería, en la pérdida de defensa y representatividad que les confería el colegio profesional propio, como habían tenido desde que a las matronas se les había otorgado el derecho de colegiación en 1930⁵.

Un salto importante es el que se da en 1977, momento en el que se crearon las primeras Escuelas Universitarias de Enfermería, en las que se les otorgaba a los aspirantes tras finalizar sus estudios una titulación universitaria de Grado Medio, cambiándose la denominación de ATS a DUE (Diplomado Universitario en Enfermería)⁶. A partir de ese momento, las especialidades de ATS de Podología y Fisioterapia se transformaron en carreras universitarias independientes de la titulación de Enfermería^{7,8}, aunque como primer ciclo universitario de tres años, conducente a la obtención del Título de Diplomado Universitario. Sin embargo, la profesión de matrona siguió siendo una especialidad de Enfermería porque se ignoraba que el Plan Bolonia (2009) llegaría, lo que hubiera permitido, como en Podología y Fisioterapia, que a pesar de ser una titulación de primer ciclo, la posibilidad de continuar con una formación especializada complementaria al título de grado, con los estudios de máster universitario, y posteriormente el acceso a las enseñanzas de doctorado.

Integrados los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios en la Universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería, no se procedió a desarrollar las Especialidades adecuadas a la nueva titulación, sino que, al contrario, se autorizó por

orden ministerial⁹ a los Diplomados en Enfermería a que cursasen las Especialidades existentes para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, lo que configuró un sistema peculiar y atípico de ordenación académica, necesariamente transitorio, como expresa la citada Orden.

En 1987, nuevamente y para poner fin a la transitoriedad anterior, se emite un Real Decreto 992/1987¹⁰, por el que se regulaban las nuevas especialidades de Enfermería, aunque estas no se ajustaron a las directrices generales que deberían cumplir los programas de formación de las Especialidades de Enfermería, ajustándose a las exigencias de la Directiva de la CEE 80/155, y a las que posteriormente fueron dictadas.

Por este motivo, el incumplimiento de la legislación europea en materia de formación, en el caso de las matronas, le supuso a España la condena del Tribunal de Justicia de la Comunidad Económica Europea¹¹.

Como consecuencia de lo anterior se produjo el obligado el cierre de las Escuelas de Matronas desde 1987 (última promoción) hasta 1993, en que se inició la nueva formación con la aplicación, con carácter provisional, del programa de formación¹²; programa que no se oficializó hasta su publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE), un proceso que se demoró incomprensiblemente hasta 2009¹³. Finalmente, en 1995, salió al mercado laboral la primera promoción de matronas con 174 especialistas.

Esta situación de falta de efectivos matrona que venía de mucho tiempo antes, incrementada por la carencia de los ocho años en que estuvo suspendida la formación, impidió desarrollar todas sus competencias a las matronas y ocupar los puestos en Atención Primaria y Atención Especializada adecuados a su perfil profesional. Muchos de estos puestos fueron cubiertos (y aún siguen) por otros profesionales sin el nivel de cualificación en salud sexual y reproductiva como el de las matronas. Consecuentemente se ha ocasionado un perjuicio a las mujeres y a la profesión de matrona, a pesar de que la figura profesional de la matrona está reconocida internacionalmente y en todos los sistemas sanitarios en los que se considera una figura esencial.

La profesión de matrona en España y en el contexto mundial

En la actualidad, tras la entrada de España en el Espacio Europeo de Educación Superior (Declaración de Bolonia, 19 de junio de 1999) y la creación de títulos de Grado y Postgrado, en las universidades españolas la titulación de Enfermería es un Grado Universitario de cuatro años; y la formación de matronas sigue siendo una especialidad de Enfermería. A dicha especialidad se accede desde un proceso selectivo nacional, y la formación se realiza a través del programa de postgrado de Enfermero/a Interno/a Residente (EIR) durante dos años de residencia¹³.

La realidad mundial sobre el acceso y la formación de las matronas es diversa. En la mayoría de países la titulación de matrona es un título universitario con carrera de acceso directo y en pocos una especialidad de Enfermería. Igualmente, la organización de la profesión desde un punto de vista colegial es diferente según la realidad de cada país¹⁴.

Todas estas circunstancias han creado una división de opiniones con respecto a la mejor formación de las matronas a lo largo de los años, al igual que ha existido (y existe) un debate sobre las competencias profesionales y la defensa de los derechos laborales y profesionales de esta disciplina en España¹⁵.

Por esto, el grupo de trabajo se planteó el siguiente trabajo para valorar la opinión actual del colectivo sobre temas puntuales e importantes para toda la profesión, que pueden determinar el arranque de un cambio para un futuro próximo.

Objetivos

Objetivo principal

- Recabar la opinión de las matronas españolas en cuanto a la posibilidad de un cambio en su formación que diera un nuevo rumbo al futuro de su profesión.

Objetivos secundarios

- Analizar el conocimiento de las matronas sobre la historia de su profesión.
- Describir la opinión de la matrona sobre el lugar que ocupa dentro de la profesión enfermera.

Material y método

Se ha realizado un estudio **descriptivo transversal, no experimental** de las opiniones de matronas de toda la geografía española que quisieron voluntariamente responder al cuestionario *online*, del 6 de septiembre de 2020 al 29 de octubre de 2020.

Los datos obtenidos de manera anónima han sido recogidos a través de una encuesta *online*, que se difundía a matronas a través de redes sociales y últimas tecnologías (p. ej.: WhatsApp, correo electrónico, redes sociales).

Se ha elegido una **encuesta** (Anexo I) como instrumento de investigación debido a que es una manera tradicional y eficaz de investigar, relacionar, explicar, describir la realidad y estudiar actitudes/comportamientos¹⁶. Al usar encuestas como método de investigación se puede estudiar de una manera más eficaz las posibles causas entre dos o más variables¹⁷. El uso de encuestas tiene una validez interna y

externa sin ser estrictos a la hora de seleccionar a los encuestados, son coste-efectivas y son más flexibles (se pueden añadir más variables)¹⁸.

El estudio descriptivo se ha realizado a través de estas variables nominales estudiadas, calculando las frecuencias y los porcentajes:

- Sociodemográficas: género, edad, puesto de trabajo, comunidad autónoma donde trabaja, unidad docente donde se formó, año que terminó la residencia.
- Culturales: conocimientos de la historia de las matronas en España y Europa.
- Opinión directa de las matronas sobre la representación por parte de sindicatos enfermeros y de los diferentes colegios de enfermería.
- Respuesta directa sobre la creación de un colegio de matronas.
- Respuesta sobre la creación de un grado exclusivo de matronas.

Para una interpretación más fácil de los resultados se han resumido y estudiado **cuatro variables principales**:

1. Datos demográficos de las matronas encuestadas.
2. Formación de la matrona y conocimientos de las encuestadas sobre la historia profesional y educativa de las matronas en España y Europa.
3. El lugar de la matrona en la profesión enfermera.
4. Futuro de la formación y profesión de las matronas.

Acorde a numerosos autores¹⁹⁻²¹ un método eficaz de asegurar una respuesta efectiva es mediante el uso de escalas. El uso de escalas ha demostrado medir la fuerza de una actitud/sentimiento de una manera más precisa²². Debido a esto, en el diseño del cuestionario se usaron las siguientes escalas^{23,24}:

- Sí/No.
- Sí/No/No opino.
- La escala "Likert" (adaptada a las necesidades del estudio).
- Preguntas cerradas.

En este estudio se debe tener en consideración que en algunos ítems de los cuestionarios, en cuanto a datos demográficos, se identificó una no respuesta, reconocido como "valor faltante"²⁵. Por lo tanto, esta diferencia conocida como "sesgo de no respuesta" puede afectar los resultados finales de la encuesta en la escala de interés del estudio²⁶. Como estrategia de corrección se decidió que la sustitución

muestral se pusiera como un "No contesta". En cuestión a los resultados presentados, ya que se redondean los porcentajes, podrían no sumar cien por ciento.

La elaboración del estudio se ha llevado a cabo siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, declaración sobre principios éticos para las investigaciones sanitarias²⁷.

Resultados

Han sido 515 matronas, las cuales han participado cumplimentando la encuesta de este estudio en un plazo de 53 días.

Parte 1. Datos demográficos

1.1. Distribución por género: 476 encuestas, que representan el 92%, fueron contestadas por mujeres y un 8%, esto es 39 encuestas, por hombres.

1.2. Distribución por edad: los datos sobre distribución por edades se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución por edad

Variables	n (%)
21-29	116 (22%)
30-39	205 (40%)
40-49	113 (22%)
50-59	56 (11%)
60 o más	4,85 (5%)

1.3. Distribución por puesto de trabajo actual: datos recogidos en la Tabla 2.

Tabla 2. Distribución por puesto de trabajo actual

Variables	n (%)
Atención Especializada	317 (61%)
Atención Primaria	169 (33%)
Gestión/docencia/sindicalista	20 (4%)
Matrona independiente	4 (1%)
Paro	4 (1%)
No contesta	1 (0%)

1.4. Distribución por año de finalización de la especialidad de matrona: la Tabla 3 recoge los datos por año de finalización de la especialidad.

Tabla 3. Distribución por año de finalización de la especialidad de matrona

Variables	n (%)
20s	35 (7%)
10s	303 (59%)
00s	81 (15%)
90s	26 (5%)
80s	45 (9%)
70s	5 (1%)
No contesta	20 (4%)

1.5. Distribución por comunidad autónoma en que trabaja: la distribución por comunidades autónomas se recoge en la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución por comunidad autónoma que trabaja

Variables	n (%)
Andalucía	65 (13%)
Aragón	15 (3%)
Asturias	9 (2%)
Cantabria	2 (0%)
Castilla-La Mancha	20 (4%)
Castilla y León	43 (8%)
Cataluña	36 (7%)
Ceuta y Melilla	5 (1%)
Comunitat Valenciana	53 (10%)
Illes Balears	32 (6%)
Galicia	16 (3%)
Extremadura	10 (2%)
Islas Canarias	4 (1%)
Madrid	157 (30%)
Murcia	4 (1%)
Navarra	3 (1%)
La Rioja	2 (0%)
País Vasco	27 (5%)
Extranjero	12 (2%)

Los participantes del estudio son mayormente mujeres de una edad comprendida entre los 30-40 años, y que trabajan principalmente en Atención Especializada y mayoritariamente tienen con una carrera profesional entre 0-10 años. Existe una amplia representación de todas las comunidades autónomas de España, e incluso hay participantes españolas que están en el extranjero, aunque en menor proporción.

Parte 2. Formación de la matrona

Preguntas relativas a conocimientos de las encuestadas sobre la historia formativa y profesional de las matronas:

- **¿Durante su formación como matrona estudió Historia de la profesión de matrona en España?** Porcentaje de respuestas afirmativo 65% y negativo 35%.
- **¿Durante su formación como matrona estudió Historia de la profesión de matrona a nivel europeo?** Un 36% afirma tener conocimientos y un 64% niega tenerlos.
- **¿Durante su formación como matrona estudió Historia de la profesión de matrona a nivel mundial?** El nivel de conocimiento en este terreno aún es más bajo que en el anterior, mientras el 24% afirma tener conocimientos, el 76% afirma no tenerlos.
- **¿Sabía que la profesión de matrona había tenido en su historia en España Colegios Oficiales independientes de**

matrona? Un 59% responde que sí frente a un 41% que no.

- **¿Cree que beneficiaría a la profesión un Grado de Matrona independiente del Grado de Enfermería?** Un 63% responde afirmativamente y un 37% negativamente.
- **¿Sabía que en algunos países de la Unión Europea y espacio Schengen se cursa el Grado universitario de Matrona como carrera independiente?** Se recoge una respuesta mayoritariamente afirmativa del 90%, mientras solo un 10% desconoce esta circunstancia.

Parte 3. El lugar de la matrona en la profesión enfermera

- **¿Considera que las matronas en España están representadas correctamente y se lucha por sus derechos profesionales y laborales siendo un grupo minoritario por ser una especialidad dentro de la Enfermería?** (Gráfico 1).
- **Según su experiencia, ¿cree que los representantes sindicales enfermeros de cada comunidad conocen y dan importancia a los problemas de la profesión de matrona?** (Gráfico 2).
- **Según su experiencia, ¿cree que se conocen y se dan importancia a los problemas de la profesión de matrona por los Colegios de Enfermería de cada comunidad?** (Gráfico 3).

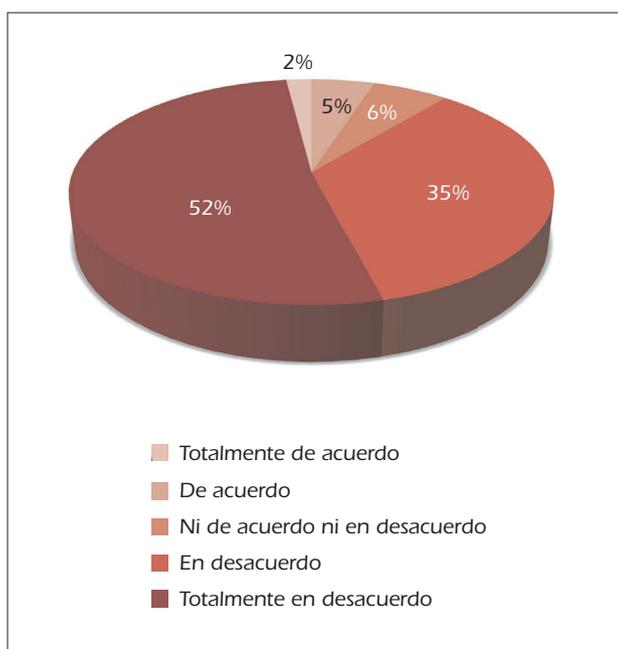


Gráfico 1. Resultados sobre la percepción de las matronas sobre su representación y lucha relativa a los derechos profesionales y laborales



Gráfico 2. Resultados sobre la percepción de si los sindicatos conocen la problemática de las matronas



Gráfico 3. Resultados sobre la percepción de si los Colegios de Enfermería conocen la problemática de la profesión de matrona

Parte 4. Futuro de la formación y profesión de las matronas

- **¿Considera que debería de haber un mínimo obligatorio de matronas liberadas en cada sindicato de enfermería?** Las respuestas van desde el 61% que opina que sí, al 28% que opina lo contrario y un 11% que no emite voto.
- **¿Deberían tener las matronas un colegio profesional propio?** (Nuestra especialidad es la única reconocida con directrices y una legislación propia en Europa, con distintas singularidades). Se recoge un 70% de voto afirmativo frente a un 30% de negativo.
- **¿Cree que es el momento en España de separar el Grado de Matrona de Enfermería?** La respuesta es similar porcentualmente a la anterior, con un 69% afirmativo y un 31% negativo.

Los **resultados principales** obtenidos en esta encuesta describen que:

- El 70% de las matronas cree imprescindible un colegio de matronas independiente.
- El 69% de las matronas opina que es el momento de separarse de la Enfermería consiguiendo el grado independiente de matrona.
- El 85% de las matronas siente que los colegios de Enfermería de las CC.AA. (y por extensión, el Consejo General de Enfermería que engloba a todos los colegios y es el órgano rector) no conocen los problemas de la profesión de matrona.

- 87% matronas no se siente representada ni creen que se luchan por sus derechos dentro del conjunto de la Enfermería.
- El 91% de las matronas no se siente valorada ni representada por sus sindicatos.

Conclusiones

- Faltan conocimientos de historia de la profesión no solo a nivel mundial, sino, y más importante, a nivel nacional, conocimientos por otra parte incluidos en el programa formativo de la especialidad y que son de obligado cumplimiento su impartición.
- La profesión de matrona se beneficiaría de un Grado independiente de matrona para su formación, y por añadidura posibilitaría tener un colegio profesional propio con la involucración máxima en la defensa y protección de sus intereses profesionales.
- Es necesaria la participación activa de los profesionales del colectivo para empezar el camino del cambio que desea la mayoría.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Gazeta de Madrid. Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857. Gaceta de Madrid, núm. 1710 (9 de septiembre de 1857) [internet] [citado 16 jul 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1857/1710/A00001-00003.pdf>
2. Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 363, de 29 de diciembre de 1953 [citado 16 jul 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/363/A07723-07724.pdf>
3. Decreto A-1957-2051, de 13 de enero, por el que se establece la especialización de matronas para los ATS femeninos. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 43, de 12 de febrero de 1957.
4. ORDEN de 1 de abril de 1977 sobre adaptación de la organización colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios a las normas de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales

- [internet]. BOE (Boletín Oficial del Estado) núm. 79, 2 de abril de 1977 [citado 16 jul 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/04/02/pdfs/A07425-07426.pdf>
5. Gazeta de Madrid. Real Orden concediendo la colegiación obligatoria a la clase de Matronas, y aprobando para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan [internet]. Gaceta de Madrid núm. 129, de 9 de mayo de 1930 [citado 16 jul 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1930/129/A00913-00915.pdf>
 6. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 200, de 22 de agosto de 1977.
 7. Real Decreto 2965/1980, de 12 de diciembre, sobre integración en la Universidad de los estudios de Fisioterapia como Escuelas Universitarias de Fisioterapia [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 16, de 19 de enero de 1981 [citado 16 jul 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1981/01/19/pdfs/A01194-01194.pdf>
 8. Real Decreto 2966/1980, de 12 de diciembre, sobre estudios de Podología [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 16, de 19 de enero de 1981 [citado 16 jul 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1981/01/19/pdfs/A01194-01195.pdf>
 9. ORDEN de 9 de octubre de 1980 por la que se regula que los Diplomados en Enfermería puedan realizar las especialidades reconocidas para los Ayudantes Técnicos Sanitarios. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 251, de 18 de octubre de 1980 [citado 16 jul 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1980/10/18/pdfs/A23288-23288.pdf>
 10. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 183, de 1 de agosto de 1987 [citado 16 jul 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1987/08/01/pdfs/A23642-23644.pdf>
 11. INFORME PARA LA VISTA presentado en el asunto C-313/89*. EUR-lex [internet] [citado 16 jul 2022]. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:61617aa7-0bde-4f6d-9ca1-78bac2b37f65.0008.02/DOC_1&format=PDF
 12. Orden de 1 de junio de 1992, por la que se aplica con carácter provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero Especialista en Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona) [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 132, de 2 de junio de 1992 [citado 16 jul 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1992-12549>
 13. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona) [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 129, de 28 de mayo de 2009 [citado 16 jul 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-8881>
 14. López-Sáez MA, Boucand D. Maternidad y matronas en Francia. *Rev Matronas Prof.* 2004; 5(18):30-4.
 15. Sánchez Perruca MI. Reflexión sobre la evolución de la formación de matrona. *Rev. Matronas Prof.* 2018; 19(2):40.
 16. Tange, Koen. Towards a systematic survey of industrial IoT security requirements: research method and quantitative analysis. *Digital Library.* 2019.
 17. Lin MS, Liang Y, Xue J, Pan Bing. Destination image through social media analytics and survey method. *International Journal of Contemporary Hospitality Management* 2021. Doi: <http://doi.org/10.1108/IJCHM-08-2020-0861>
 18. Krause D, Luzzini D, Lauson BLawson. Building the case for a single key informant in supply chain management survey research. *Journal of Supply Chain Management* 54.1 2018; 42-50.
 19. Taherdoost H. What is the best response scale for survey and questionnaire design; review of different lengths of rating scale/attitude scale/Likert scale. *Hamed Taherdoost* 2019; 1-10.
 20. Robinson MA. Using multi-item psychometric scales for research and practice in human resource management. *Human resource management* 57.3 2018; 739-50.
 21. Wetzel E, Greiff S. The world beyond rating scales. *European Journal of Psychological Assessment* 2018; 34(1):1-5.
 22. Kraaij V, Garnefski N. The behavioral emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Personality and Individual Differences* 2019; 56-61.
 23. Canto de Gante AG. Escala de Likert: Una alternativa para elaborar e interpretar un instrumento de percepción social. *Revista de la alta tecnología y sociedad* 2020; 12.1.
 24. Medina Nogueira YE, El Assafiri Ojeda Y, Nogueira Rivera D, Medina León A, Medina Nogueira D. Propuesta de un cuestionario para el desarrollo de la auditoría de gestión del conocimiento. *Revista Universidad y Sociedad* 2019; 11(4):61-71.
 25. Brick JM, Kalton G. Handling missing data in survey research. *Stat Methods Med Res.* 1996; 5:215-38.
 26. Vives A, Ferreccio C, Marshall G. Comparación de dos métodos para corregir el sesgo de no respuesta a una encuesta: sustitución muestral y ajuste según propensión a responder. *Gac Sanit* [internet]. 2009 Ago [citado 16 jul 2022]; 23(4):266-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000400002&lng=es
 27. Declaration of Helsinki. World Medical Association [internet] [citado 16 jul 2022]. Disponible en: <http://www.wma.net/e/ethicsunit/helsinki.htm>

Anexo I

Acceso a la encuesta: https://docs.google.com/forms/d/1_n2MAgNbOxHfbk-gINx4kRdcfqnxvZU4U-sYyrGPTRl/viewform?edit_requested=true

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
¿Cuál es su género?	Hombre Mujer Prefiero no decirlo Otro
¿Cuál es su grupo de edad?	17 o menos 18-20 21-29 30-39 40-49 50-59 60 o más
¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su puesto de trabajo actual?	Atención especializada Atención primaria Gestión Docencia Sindicalista Propietario/Ejecutivo/Directivo Otro
¿En qué comunidad autónoma trabaja?	Andalucía Aragón Asturias Cantabria Castilla-La Mancha Castilla y León Cataluña Ceuta y Melilla Comunitat Valenciana Illes Balears Galicia Extremadura Islas Canarias Madrid Murcia Navarra La Rioja País Vasco Otro
Si ha seleccionado "Otro" en la sección anterior escriba el país donde trabaja actualmente. (Ejemplo: Inglaterra, Holanda, Italia...)	Tu respuesta
¿Cuál fue la Unidad docente de Matronas donde se formó?	Tu respuesta
¿En qué año finalizó la especialidad de matrona? Ejemplo: 2017	Tu respuesta

¹ María Dolores Sevillano-Giraldo

² Isabel Rodríguez-Gallego

³ Fátima León-Larios

Impacto de la pandemia por COVID-19 en la lactancia materna en España. Estudio cualitativo

¹ *Matrona. Atención Primaria CS Ricardo Martínez Sánchez. Marchena AGSO. Sevilla. Asesora en Lactancia Materna IBCLC. (España).*

² *Matrona. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla). Profesora adjunta Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla. Universidad de Sevilla. (España).*

³ *Matrona. Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora titular. Departamento de Enfermería. Universidad de Enfermería. Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. (España).*

E-mail: isroga@cruzroja.es

Este trabajo ha sido premiado por la Asociación Española de Matronas (AEM) con el Premio a la mejor Comunicación Oral presentada por matronas, en el XI Congreso IHAN de Lactancia Materna. Pamplona (Navarra) 2022.

Fecha de recepción: 31 de mayo de 2022.

Fecha de aceptación: 10 de junio de 2022.

Cómo citar este artículo:

Sevillano-Giraldo MD, Rodríguez-Gallego I, León-Larios F. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la lactancia materna en España. Estudio cualitativo. *Matronas Hoy* 2022; 10(2):13-23

Resumen

Introducción: la pandemia ocasionada por la COVID-19 ha afectado a la salud reproductiva y perinatal tanto a través de la infección misma, como indirectamente como consecuencia de cambios en la atención médica, la política social o las circunstancias sociales y económicas.

Objetivo: el objetivo del presente estudio es explorar el impacto de la pandemia y las medidas adoptadas en la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna.

Metodología: estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas realizadas en profundidad, hasta conseguir saturación teórica. Las entrevistas se realizaron telefónicamente, después fueron transcritas y analizadas mediante análisis temático de Braun and Clarke.

Resultados: un total de 30 entrevistas fueron efectuadas. Emergieron cinco categorías principales y diez subcategorías relacionadas: información recibida, apoyo desigual de los profesionales durante la pandemia, apoyo social y familiar sobre lactancia materna, impacto del confinamiento y medidas de restricción social, y afectación emocional de la pandemia.

Conclusiones: el uso de los grupos de apoyo a la lactancia *online*, a través de aplicaciones como WhatsApp®, Facebook® o Instagram®, han supuesto importantes fuentes de información y apoyo a la lactancia materna. La matrona ha sido la principal figura identificada que ha prestado apoyo formal a la lactancia materna durante este periodo. Además, las restricciones sociales propias de la pandemia han tenido un efecto positivo para las mujeres en el establecimiento del vínculo y la lactancia materna.

Palabras clave: lactancia materna; apoyo social; coronavirus; confinamiento; cuarentena.

Abstract

Impact of the covid-19 pandemic on breastfeeding in Spain. A qualitative study.

Introduction: the COVID-19 pandemic has affected reproductive and perinatal health, through the infection as well as indirectly as a consequence of changes in medical care, social politics or social and economic circumstances.

Objective: the objective of the present study is to explore the impact of the pandemic and the measures adopted on the initiation and maintenance of breastfeeding.

Methodology: a qualitative study through semistructured in-depth interviews until reaching theoretical saturation. The interviews were conducted by telephone, and then transcribed and analysed using Braun and Clarke thematic analysis.

Results: thirty (30) interviews were conducted in total. Five primary categories and ten associated subcategories came up: information received, unequal support by professionals during the pandemic, social and family support regarding breastfeeding; impact of lockdown and social restriction measures, and emotional distress caused by the pandemic.

Conclusions: online support groups for breastfeeding, through applications such as WhatsApp®, Facebook® or Instagram®, have represented important sources of information and support for breastfeeding. The midwife has been the main profile identified as providing formal support to breastfeeding during this period. Besides, the social restrictions imposed by the pandemic have had a positive impact on women in terms of bonding and breastfeeding.

Key words: breastfeeding; social support; coronavirus; lockdown; quarantine.

Introducción

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró como emergencia sanitaria mundial y pandemia la situación acontecida como consecuencia del número de contagios exponencial causado por un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*, identificado por primera vez en Wuhan (provincia de Hubei, China) en diciembre de 2019, causante de la enfermedad COVID-19^{1,2}. En España, el primer caso declarado se remonta al día 31 enero de 2020, tras la realización de vigilancia epidemiológica de estudio de casos^{3,4}.

La mayoría de las investigaciones científicas publicadas inicialmente se centraron en evaluar los efectos de la COVID-19 en la población general, reportándose datos insuficientes e inespecíficos sobre el impacto en poblaciones determinadas, como las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia⁵⁻⁷. En los inicios de la pandemia, la información sobre este nuevo coronavirus era limitada, se desconocía si podría transmitirse verticalmente de madre a hijo en el útero o después del parto, a través de vías respiratorias directas inhalación o lactancia⁸. Esta desinformación y/o publicación de información contradictoria por parte de organismos públicos llevó a que de manera preventiva se interrumpieran las prácticas habituales hospitalarias, separando a las mujeres durante y tras el parto del recién nacido y su pareja o incluso desaconsejando la lactancia materna (LM)^{9,10}.

Actualmente, en relación a la LM, diferentes organismos oficiales internacionales y nacionales declaran que la leche materna no es una fuente probable de infección y, por tanto, no se recomienda suspender esta práctica incluso en casos de infección confirmada materna. Se defiende así la LM como la medida más adecuada para proteger la salud de los recién nacidos, fomentando que las madres continúen amamantando durante el mayor tiempo posible y en exclusiva, si es posible, durante los primeros 6 meses¹¹⁻¹³.

Está ampliamente descrito en la literatura que la promoción de la LM inmediatamente después del nacimiento, el contacto piel con piel, el alojamiento conjunto de la madre y recién nacido, el apoyo para iniciar la LM lo antes posible después del nacimiento, así como, el apoyo comunitario son factores pronósticos de éxito de la lactancia materna¹⁴. Sin embargo, muchos de estos aspectos se han visto afectados por la pandemia tanto por la adopción de nuevos protocolos en los centros hospitalarios, como por las medidas sociales restrictivas impuestas que han provocado la separación física de familiares, amigos y redes de apoyo⁹.

Comprender cómo ha afectado la pandemia provocada por SARS-CoV2 a la práctica de lactancia materna es fundamental para poder obtener una visión global del impacto de la pandemia sobre diferentes aspectos relacionados con la salud pública, pero también para poder optimizar la or-

ganización de la asistencia sanitaria perinatal en futuras oleadas o eventos futuros. El objetivo del presente estudio fue explorar el impacto de la pandemia y las medidas adoptadas, en la instauración y el mantenimiento de la LM.

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cualitativo siguiendo los Criterios consolidados para informar sobre investigaciones cualitativas (*Consolidated criteria for reporting qualitative research -COREQ-*)¹⁵.

Participantes y área de estudio

Las mujeres participantes elegibles fueron reclutadas en Centros de Salud de Atención Primaria en Andalucía (España). Andalucía es una comunidad autónoma dividida en ocho provincias con un total de 8.464.411 habitantes (datos disponibles en 2020)¹⁶, con una tasa de natalidad de 8,21 por cada 1.000 habitantes (2019)¹⁷. A 1 de julio de 2020, el número de mujeres en edad reproductiva en Andalucía era de 1.966.790¹⁸.

La captación de las participantes se realizó mediante las matronas referentes de los Centros de Atención Primaria de las provincias andaluzas de Sevilla, Cádiz, Huelva, Granada y Jaén. Se llevó a cabo un muestreo intencional "en bola de nieve" a través de estas matronas de referencia, contactando con los perfiles de estudio.

El grupo de mujeres participantes se clasificó en función del criterio de homogeneidad de alimentación del recién nacido con lactancia materna y diagnóstico positivo/negativo para enfermedad ocasionada por COVID-19. Los criterios de heterogeneidad son: parto previo o posterior a la declaración de pandemia por SARS-CoV2 y lactancia materna exitosa o interrumpida.

Criterios de inclusión

- Mujeres mayores de edad.
- Mujeres residentes en Andalucía (España) que han tenido un parto previo o tras la declaración de pandemia, con lactancia materna exitosa o interrumpida durante este periodo.
- Mujeres con diagnóstico COVID-19 positivo y parto durante la pandemia, con lactancia materna o artificial.
- Mujeres que estén capacitadas para comunicarse y entender los requerimientos del estudio.
- Mujeres que acepten y firmen el consentimiento informado.

Medidas

Se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas hasta alcanzar la saturación de datos. Para ello, se elaboró un guion de entrevista como se muestra en la Tabla 1.

Recogida de datos

Debido a la situación de salud pública provocada por la COVID-19 y las restricciones de confinamiento establecidas, las entrevistas se efectuaron a través de llamadas telefónicas.

Tabla 1. Entrevista

Guion entrevista semi-estructurada	
Temas	Preguntas
Datos sociodemográficos	¿Cuál es su nombre? ¿Qué edad tiene? ¿Cuál es su nacionalidad? ¿En qué provincial reside? ¿Cuál es su estado civil? ¿Tiene pareja? ¿Qué nivel de estudios tiene? ¿Cuál es su profesión? ¿Trabaja? ¿Por cuenta propia o ajena?
Datos gineco-obstétricos	¿Cuántos embarazos ha tenido? ¿Han sido parto o cesárea? ¿Cuántos hijos vivos tiene? ¿Tiene experiencia previa en LM? ¿Cuánto tiempo estuvo lactando? ¿Cuál fue el motivo de abandono? ¿En qué fecha se produjo el último parto? ¿Qué tipo de parto fue? ¿Cómo recuerda su experiencia? ¿Se le realizó alguna prueba diagnóstica de COVID-19 al ingreso o durante su estancia en el hospital a usted, acompañante o recién nacido (RN)? ¿Se produjo separación madre- RN durante la hospitalización debido a los protocolos instaurados por COVID-19? ¿Cómo describiría esta situación?
Datos perinatales	¿Cuál es el sexo de su RN? ¿Cuánto pesó y midió? ¿Requirió ingreso en neonatología?
Lactancia	¿Cómo decidió alimentar a su hijo/a? ¿Qué tipo de lactancia tenía al abandono del hospital? ¿Tuvo alguna dificultad en ese periodo? ¿Actualmente qué tipo de lactancia tiene? En caso de abandono de LM, ¿cuál fue el motivo?
COVID-19 y lactancia materna (LM)	¿Qué información tenía sobre este tema? ¿Qué le informaron? ¿De dónde la obtuvo? ¿Condicionó la información su intención de LM? ¿Qué medidas diferentes adoptó para la LM y evitar el contagio a su bebé? ¿Sintió inseguridad o miedo a contagiar a su bebé?
Impacto de la pandemia	¿Con quién convivía durante el periodo de confinamiento? ¿Considera que le afectó la situación de pandemia o confinamiento a sus planes de lactancia materna? ¿En qué sentido? ¿Cuál era su idea inicial? ¿Qué ocurrió? ¿Encontró dificultades para tener una LM exitosa durante la pandemia/confinamiento? ¿Cuáles fueron? ¿Cómo se ha sentido durante este periodo?
Apoyo LM	¿Cuáles considera que fueron sus apoyos durante este periodo para tener éxito con su lactancia materna? En caso de asistencia previa a grupos de apoyo a la LM, ¿cómo se organizaron durante este periodo? ¿Cómo contactó con ellos? ¿Encontró facilidades desde los servicios sanitarios?
Experiencia LM	¿Cómo describiría su experiencia con la lactancia?

De esta forma se utilizaron llamadas concertadas, previo consentimiento informado. Para todas las participantes se intentó mantener un ambiente cómodo para favorecer la privacidad de los entrevistados. Se emplearon los criterios de Lincoln y Guba para establecer la confiabilidad del estudio¹⁹. Posteriormente se enviaron entrevistas transcritas a algunos participantes al azar, para retroalimentar datos y asegurar que se mantuviera el significado expresado durante la entrevista.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados por dos investigadores diferentes (FLL-IRG). Las primeras seis entrevistas fueron analizadas por ellos de forma independiente, después de lo cual se compararon las interpretaciones. Los dos investigadores mantuvieron reuniones periódicas durante el proceso de análisis. Además, se llevaron a cabo sesiones periódicas de análisis con el equipo de investigación. Toda la información se trianguló entre los investigadores del estudio, para mejorar la validez y la confirmabilidad. Las entrevistas fueron analizadas con análisis de contenido inductivo. Las entrevistas transcritas fueron examinadas mediante análisis temático para identificar sus significados, la información fue extraída y categorizada en temas y subtemas. Para ello, se realizó un proceso reactivo, iterativo y sistemático, atendiendo a las fases propuestas por Braun y Clarke^{20,21}. El análisis estructural de las diferentes partes, la reflexividad y la triangulación semántica y pragmática por parte de los investigadores permitió ofrecer calidad y rigor a este estudio¹⁹. Las citas dadas en la sección de resultados se incluyeron por su representatividad y se seleccionaron después de verificar su exactitud.

Consideraciones éticas

Este estudio ha sido elaborado en estricto cumplimiento de

los principios éticos de la Declaración de Helsinki (1964), posteriormente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008) y Fortaleza (2013), incluyendo la solicitud de consentimiento informado para las mujeres que participan en el mismo. La participación en el proyecto es voluntaria, al igual que la solicitud de participación. Se proporcionó un consentimiento informado verbal a cada participante en la investigación.

El estudio fue aprobado por los Comités Éticos de Investigación de los Hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío (Sevilla, España) el 13 de marzo de 2021 (Código 2722-N-20).

Resultados

Se llevó a cabo la captación de un total de 42 mujeres que cumplían con los criterios de inclusión descritos. Finalmente se realizaron un total de 30 entrevistas hasta conseguir la saturación teórica de los datos. Se comenzaron efectuando las llamadas para concertar las entrevistas por orden de captación de las mismas, no pudiendo hacer algunas por incapacidad para contactar o por falta de disponibilidad de las participantes. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 35-45 minutos. La edad de las participantes se encuentra en el intervalo de 19 y 43 años de edad, con nacionalidad española en su totalidad, casadas o con pareja estable, con estudios secundarios-universitarios y empleo activo, en su mayoría. El perfil sociodemográfico y datos relativos a la lactancia materna de las mujeres entrevistadas puede observarse detalladamente en la Tabla 2.

Durante el análisis de los datos emergieron cinco categorías principales y nueve subcategorías (Tabla 3).

Tabla 2. Características de las participantes

Entrevistada	Edad (años)	Nacionalidad	Provincia	Estado civil	Nivel de estudios	Profesión	Empleo	Paridad	Experiencia previa en LM	Tipo lactancia actual
E1	35	Española	Jaén	Casada	Universitarios	Administrativa	Desempleada	Multipara	Sí	LME
E2	25	Española	Jaén	Soltera	Secundarios	Esteticista	Por cuenta ajena	Primipara	-	LMixta
E3	31	Española	Jaén	Casada	Universitarios	Concejal de Ayuntamiento	Por cuenta ajena	Primipara	-	LME
E4	38	Española	Cádiz	Casada	Universitarios	Hostelería	Desempleada	Multipara	Sí	LME
E5	35	Española	Sevilla	Casada	Secundarios	Peluquera	Por cuenta propia	Multipara	Sí	LME
E6	33	Española	Sevilla	Soltera (con pareja)	Secundarios	Administrativa	Por cuenta ajena	Primipara	-	LME
E7	38	Española	Granada	Casada	Universitarios	Maestra	Por cuenta ajena	Primipara	-	LMixta

Tabla 2. Características de las participantes (continuación)

Entrevistada	Edad (años)	Nacionalidad	Provincia	Estado civil	Nivel de estudios	Profesión	Empleo	Paridad	Experiencia previa en LM	Tipo lactancia actual
E8	34	Española	Sevilla	Casada	Secundarios	Oficial de producción	Por cuenta ajena	Multipara	Sí	LME
E9	39	Española	Sevilla	Casada	Secundarios	Auxiliar de enfermería	Por cuenta ajena	Multipara	Sí	LME
E10	33	Española	Sevilla	Casada	Secundarios	Auxiliar de enfermería	Desempleada	Multipara	No	LA
E11	30	Española	Sevilla	Soltera (con pareja)	Secundarios	Dependiente	Por cuenta propia	Primípara	-	LME
E12	29	Española	Granada	Casada	Secundarios	Fotógrafa	Por cuenta propia	Multipara	Sí	LME
E13	33	Española	Granada	Casada	Universitarios	Administrativa	Por cuenta ajena	Primípara	-	LME
E14	42	Española	Granada	Soltera (con pareja)	Secundarios	Dependiente	Por cuenta ajena	Primípara	-	LME
E15	19	Española	Huelva	Soltera (con pareja)	Secundarios	Teleoperadora	Por cuenta ajena	Primípara	-	LME
E16	33	Española	Granada	Casada	Universitarios	Maestra	Por cuenta ajena	Primípara	-	LME
E17	20	Española	Huelva	Soltera (con pareja)	Secundarios	Campo	Desempleada	Multipara	Sí	LM
E18	38	Española	Huelva	Soltera (con pareja)	Secundarios	Dependiente	Por cuenta ajena	Primípara	-	LMixta
E19	32	Española	Huelva	Soltera (con pareja)	Secundarios	Dependiente	Por cuenta ajena	Primípara	-	LME
E20	27	Española	Sevilla	Soltera (con pareja)	Secundarios	Dependiente	Por cuenta ajena	Primípara	-	LMixta
E21	21	Española	Sevilla	Soltera (con pareja)	Secundarios	Dependiente	Desempleada	Primípara	-	LMixta
E22	27	Española	Sevilla	Casada	Secundarios	Limpiadora	Por cuenta ajena	Multipara	Sí	LME
E23	35	Española	Granada	Soltera (con pareja)	Universitarios	Encargada tienda	Por cuenta ajena	Primípara	-	LMixta
E24	38	Española	Sevilla	Soltera (con pareja)	Secundarios	Administrativa	Desempleada	Primípara	-	LA
E25	38	Española	Sevilla	Soltera (con pareja)	Secundarios	Agrícola	Por cuenta ajena	Primípara	-	LMixta
E26	38	Española	Jaén	Casada	Secundarios	Hostelería	Por cuenta propia	Primípara	-	LME
E27	43	Española	Sevilla	Divorciada	Universitarios	Teleoperadora	Por cuenta ajena	Primípara	-	LME
E28	26	Española	Sevilla	Soltera (con pareja)	Secundarios	Auxiliar de enfermería	Por cuenta ajena	Primípara	-	LME
E29	35	Española	Cádiz	Soltera (con pareja)	Primarios	Dependiente	Por cuenta ajena	Multipara	No	LME
E30	33	Española	Cádiz	Soltera (con pareja)	Secundarios	Administrativa	Desempleada	Multipara	Sí	LME

Tabla 3. Categorías y subcategorías

Categoría	Subcategoría
Información recibida	Acceso a la información Figura informadora
Apoyo desigual de los profesionales durante la pandemia	Apoyo durante la hospitalización tras el parto Apoyo recibido durante el postparto desde Atención Primaria de Salud
Apoyo social y familiar sobre LM	Grupos de apoyo a la LM Apoyo familiar a la LM
Impacto del confinamiento y medidas de restricción social	Influencia positiva en LM Influencia en la creación del vínculo con el recién nacido
Afectación emocional de la pandemia	Inseguridad y miedo relacionado con el contagio por coronavirus Sentimientos de soledad

Información recibida

Acceso a la información: las mujeres entrevistadas expresan una falta de información unificada desde los servicios sanitarios relativa a la afectación del coronavirus en el embarazo, el parto y la lactancia materna. Las principales fuentes de información que han usado para tener acceso a este conocimiento han sido a través de consultas en internet y mediante grupos de WhatsApp® liderados por profesionales sanitarios, basándose en el apoyo entre iguales y en la experiencia de otras mujeres.

"He estado leyendo y mirando en internet, todo lo que veía era que era mejor darle el pecho que no darle. Va a estar más protegida dándole leche materna que fórmula" (E4).

"Por el grupo de apoyo a la lactancia de WhatsApp, la matrona nos facilitó documentos" (E6).

"Mucha información no tenía sobre la lactancia materna y la COVID-19, lo que yo había leído por internet y lo que mi matrona nos mandaba" (E10).

Figura informadora: la matrona de referencia del centro de salud fue la principal figura proveedora de información durante la pandemia, utilizando recursos alternativos a las habituales consultas, como son los grupos de WhatsApp® con las mujeres gestantes y puérperas:

"Nuestra matrona siempre nos tuvo informadas, hizo un grupo de WhatsApp con las madres que iban a tener un bebé y las que habían tenido un bebé durante los meses de pandemia y así nos comunicábamos con ella" (E9).

"Por el grupo de apoyo a la lactancia, la matrona nos facilitó documentos" (E6).

"La información que nos dio nuestra matrona era que es importante darle el pecho por los anticuerpos y que eso facilitaba que no cogiera el COVID" (E11).

Apoyo desigual de los profesionales durante la pandemia

Apoyo recibido durante la hospitalización tras el parto: las mujeres identificaron una falta de información y apoyo por parte de los profesionales los primeros días postparto, durante el periodo de hospitalización expresado del siguiente modo:

"Entre los profesionales sanitarios había de todo, estaba la que te dejaba "la ayuda" y la que te decía que si le dabas el pecho todo iba a ir bien" (E6).

"Hay muy poca información sobre lactancia materna en el hospital, no hay nadie que vaya y te explique nada, ni que esté pendiente de la madre y del bebé" (E11).

"Desde el hospital no encontré apoyo, venían y la ponían al pecho, pero eran ellos los que hacían que cogiera el pecho y yo no aprendía" (E12).

Apoyo recibido durante el postparto desde Atención Primaria de Salud: una gran parte de las entrevistadas enfatizaron que el apoyo recibido por la matrona de referencia de Atención Primaria durante el postparto fue de calidad, aunque también expresaron algunas dificultades relacionadas con las visitas telemáticas que no ayudaban a la resolución de problemas relacionados con la LM que hubieran requerido una valoración de la dificultad.

"Gracias a mi matrona sigo con la lactancia, si no hubiera abandonado" (E6).

"No he podido pedir cita normal con la matrona, yo he tenido mastitis durante mucho tiempo... Como no te ven, te encuentras sola" (E7).

Asimismo, algunas mujeres verbalizaron falta de apoyo por parte de otras figuras profesionales de referencia:

"No encontré apoyo, en el centro de salud desde luego que no" (E1).

"Hay muy poca actualización por parte de los profesionales, si hubiera sido por el pediatra hubiera abandonado la lactancia hace mucho tiempo, menos mal que mi matrona me asesora" (E19).

Apoyo social y familiar sobre LM

Grupos de apoyo a la LM: las mujeres identificaron los grupos de apoyo a la LM como uno de los principales apoyos en esta experiencia. La organización de estos grupos ha sufrido un cambio de formato con la pandemia, de las habituales reuniones presenciales, la mayoría de ellos han pasado a organizarse de manera telemática a través de WhatsApp® o redes sociales como Facebook® e Instagram®. Asimismo, las mujeres lo han identificado con un recurso útil en su práctica:

"A través de Facebook me apunté a un grupo de apoyo a la lactancia" (E27).

"Instagram me salvó mucho, los comentarios de la gente, los directos de las matronas y asesoras de lactancia" (E16).

"Tengo un grupo de WhatsApp del grupo de apoyo de lactancia del pueblo, mi matrona me puso en contacto con ellos. Es un grupo que en cualquier momento te resuelven dudas... Aparte de apoyo, es tranquilidad, si te surge alguna duda en cualquier momento tienes a alguien que te aconseje y te explique" (E11).

Apoyo familiar a la LM: las mujeres identificaron a personas de su entorno familiar como figuras importantes en el apoyo recibido en la LM, principalmente destacan a su pareja como proveedora principal de este apoyo. El apoyo reconocido por parte de estas mujeres es de tipo informativo, emocional o de ayuda práctica, al asumir las demás responsabilidades del hogar:

"Mi pareja ha sido un gran apoyo, siempre se ha encargado de todo lo que no fuera la teta" (E27).

"Mi pareja ha sido mi principal apoyo, por la ayuda en casa y también si me ve agobiada busca información" (E19).

Del mismo modo, las mujeres reconocieron a otras personas de su entorno como figura de apoyo o incluso, expresaron su pérdida en este apoyo por la situación de pandemia vivida. Principalmente, este apoyo fue prestado por otras mujeres de su entorno con experiencia previa de maternidad:

"Mi prima me ha ido aconsejando, ella ha tenido dos niñas y ha dado el pecho durante mucho tiempo" (E29).

"Gracias a mi madre, que me decía que no me cansara que le diera mucho pecho, la niña me cogió el pecho" (E28).

"La red de apoyo femenina que tenemos normalmente las mujeres de madre, hermanas, tías... Se ha perdido también en ésta época" (E27).

Asimismo, las mujeres reconocen que la influencia de las figuras de su entorno no siempre puede favorecer la lactancia materna y que, ante algunas dificultades acontecidas, las opiniones y la falta de apoyo recibido pueden suponer un obstáculo y un motivo de abandono:

"Con respecto a mis padres quizás la forma de decirme las cosas no ha sido la mejor, me decían cosas que se quedaba insatisfecho y tenía que darle biberón. Te sientes bastante mal, como si dejaras a tu hijo con hambre... Ya dudas de si realmente necesita el biberón o no lo necesita, no me he sentido comprendida" (E2).

"Los comentarios de la gente afectan bastante, pero al final te puede tu instinto de madre y que tú ves a tu hijo feliz con el pecho" (E6).

"La familia afecta al 100%, porque por ejemplo en mi caso la primera vez no funcionó y me veían agobiada, me decían cosas... y claro ya lo dejé. Es muy importante que te apoyen" (E8).

Impacto del confinamiento y medidas de restricción social

Influencia positiva en LM: las mujeres identificaron la experiencia del confinamiento y medidas de restricción social con un impacto positivo en su experiencia de LM. Verbalizaron cómo el pasar más tiempo en casa, al cuidado de su recién nacido y sin recibir visitas, supuso un elemento favorecedor del inicio y mantenimiento de la lactancia materna:

"Si la situación hubiera sido normal como antes del virus, que se podía salir y entrar, yo creo que hubiera abandonado mucho antes. (...) soy una esclava de los dos niños y no pude salir a ningún lado" (E7).

"Esta lactancia ha sido una experiencia más tranquila, como nadie venía la niña ha tomado pecho más tranquila, el tiempo que ella ha querido, sin ruidos externos ni nadie que la molestará" (E9).

"Para mi niña el confinamiento ha sido lo mejor, porque mi niña estaba totalmente a demanda, no nos han interrumpido nadie porque sabía que no iban a poder venir" (E14).

Influencia en la creación del vínculo con el recién nacido: por otro lado, las mujeres también expresaron que este tiem-

po a solas en el núcleo familiar, sin interferencias ni interrupciones externas, también fue identificado como positivo en la experiencia de la creación de la nueva familia y el vínculo que se crea con el recién nacido:

"He sentido una unión más fuerte entre los cuatro al estar todo el día juntos, ha sido gratificante" (E4).

"Yo estaba centrada en mi niño, no tenía otra cosa en que pensar o que hacer, creo que ha afectado positivamente" (E6).

"Solo me centraba en lo importante, en esa conexión y en estar tranquila" (E12).

"Creo que a nivel de adaptación como familia y con la lactancia, nos ha venido muy bien el confinamiento porque no nos molestaba nadie. Nos formamos como familia de manera natural, sin interrupciones" (E16).

Afectación emocional de la pandemia

Inseguridad y miedo relacionado con el contagio por coronavirus: las entrevistadas expresaron sentimientos relacionados con el miedo y la inseguridad frente al contagio por este nuevo coronavirus, así como, por la posibilidad de contagiarse a su hijo/a, por lo cual las mujeres extremaron las medidas de higiene para evitar la transmisión del virus:

"Mi principal miedo es que yo lo tuviera, fuera asintomática y se lo pegara a él" (E6).

"Siempre con miedo, sin quitarnos la mascarilla, lavándonos mucho las manos" (E11).

"El estado de ánimo ha sido muy diferente al anterior, la verdad es que muy mal, mucho tiempo sola... Yo no quería que viniera nadie por miedo a contagiarnos" (E10).

Sentimientos de soledad: las mujeres manifestaron sentimientos de soledad y tristeza relacionados con el confinamiento y el aislamiento de personas importantes de su entorno:

"Estábamos bien, por un lado, tranquilos en casa... Pero también un poco triste a nivel familiar, porque los abuelos no la conocieran" (E9).

"En lo que más me ha influido la pandemia es en no poder tener aquí en casa a mi familia" (E10).

"No poder compartir estos momentos ha sido duro, no poder recibir un abrazo de tu madre o de tus hermanas" (E26).

"Anímicamente ha sido horrible, la sensación de aislamiento y soledad" (E27).

"Fue muy duro, yo ahora lo pienso y hasta me emociono... Lo he pasado muy mal. Tenía días que me hartaba de llorar y no quería hablar con nadie. También me daba pena que mi niño estuviera en casa metido sin poder ver a nadie, ni darle la luz ni nada" (E6).

Discusión

Este estudio es pionero en España y en Andalucía, en conocer las experiencias relacionadas con la LM durante la situación excepcional de pandemia vivida, desde una perspectiva cualitativa.

El acceso a la información relacionada con la lactancia materna y la COVID-19 se ha producido en amplia medida a través de internet y redes sociales, reconociendo estos recursos como fuentes de información relacionada con la salud^{22,23}. Asimismo, las mujeres han considerado a la matrona como una fuente segura proveedora de información basada evidencia científica, valorando su apoyo informacional, práctico y emocional, reconociéndolas como figuras inesquecibles de apoyo durante la lactancia, que han hecho que su experiencia sea más prolongada y grata, acorde con lo descrito en la literatura²⁴.

Las experiencias vividas en relación con la LM durante la pandemia han sido desiguales. Por un lado, algunas mujeres relataron que las medidas de confinamiento afectaron positivamente a su experiencia en relación a la LM, al poderles permitir más tiempo con su hijo/a; sin embargo, otro número importante de mujeres indican que la falta de apoyo, la escasa información y la reducción de visitas con los profesionales afectaron negativamente a su práctica, en la línea de otros estudios internacionales de reciente publicación²⁵⁻²⁸.

Entre las principales estrategias de apoyo social, las participantes han mencionado los grupos de apoyo a la lactancia materna como un recurso útil, acorde con algunas investigaciones²⁹⁻³¹. Durante este periodo, la mayoría de ellos se han organizado *online* a través de WhatsApp® o Facebook®, siendo igualmente efectivos en comparación con el clásico formato presencial, como también avalan algunos autores^{32,33}.

El apoyo recibido por los profesionales sanitarios expresado fue controvertido, un número importante de participantes afirmaron que este fue de calidad y satisfactorio para resolver sus problemas de lactancia materna, especialmente el apoyo brindado desde Atención Primaria por parte de la matrona. En relación a lo descrito en la literatura, el acceso al apoyo y la percepción positiva del mismo en los primeros meses postparto se relacionó con tasas más exitosas de lactancia materna exclusiva a los seis meses^{34,35}. Por otro lado, otro grupo importante de mujeres identificaron el apoyo recibido en los primeros días postparto, especialmente durante la hospitalización, como deficitario, lo que fue descrito, como un factor relacionado con el abandono precoz de la lactancia materna^{36,37}.

En relación al apoyo familiar prestado, la situación especial con medidas de restricciones de movilidad y aislamiento social promovió que las mujeres desarrollaran su experiencia de LM al margen de esta red de apoyo en su mayoría, ex-

presando así la falta del mismo. Esta red de apoyo informal ha sido descrita con anterioridad por diversos autores, como una red compleja, pero a su vez con un impacto potencial en la lactancia materna, con importante influencia en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna a corto y largo plazo, favoreciendo incluso el que la lactancia se prolongue más allá de los seis meses, tras la incorporación de la madre al ámbito laboral³⁸⁻⁴⁰. Dentro del ámbito familiar suelen ser otras mujeres de la familia o la pareja de la mujer, las figuras que prestan la mayor parte de este apoyo, siendo los hallazgos de esta investigación similares⁴¹⁻⁴³.

Asimismo, la pandemia ha tenido un importante impacto psicológico pudiendo no solo relacionarse con resultados negativos en salud mental, sino también asociarse al éxito o fracaso de la lactancia materna⁴⁴. Muchas mujeres expresaron preocupaciones relacionadas con el impacto de la COVID-19 sobre sus hijos/as y ellas mismas, así como, también experimentaron sentimientos de soledad y tristeza relacionados con el aislamiento social, en la línea de recientes publicaciones^{45,46}, en las que además se han relacionado la expresión sintomatología depresiva con tasas inferiores de lactancia materna.

Conclusiones

La pandemia ha supuesto importantes implicaciones y retos asociados a la adaptación a la maternidad y al apoyo prestado a la lactancia materna. Desde Atención Primaria de Salud se han utilizado nuevos recursos para favorecer la comunicación con las mujeres como las consultas telemáticas o los grupos de WhatsApp®, especialmente liderados por matronas. Estos, junto con los grupos de apoyo a la lactancia materna organizados mediante esta vía o a través de las redes sociales como Facebook o Instagram, han tenido una influencia positiva en la experiencia de lactancia vivida por las mujeres durante este periodo.

Las restricciones sociales propias de la pandemia han tenido un efecto positivo para las mujeres en el establecimiento del vínculo y la lactancia materna, al aumentar el tiempo en el hogar y la convivencia del núcleo familiar. Sin embargo, también existe una percepción negativa asociada a estas restricciones sobre todo de apoyo familiar.

Los recursos implementados durante la pandemia podrían suponer una alternativa válida en aquellas situaciones en las que el apoyo cara a cara no puede ser brindado, en pro de promover y mantener la lactancia materna.

Agradecimientos

Queremos agradecer a todas las madres que aceptaron participar en el estudio.

Financiación

Se trata de un documento de proyecto que ha recibido una subvención pública para su desarrollo en la convocatoria de Investigación, Desarrollo e Innovación en Biomedicina y Ciencias de la Salud en Andalucía, de la Consejería de Salud y Familia, España. Código PI-0008-2019. Los financiadores no tuvieron ningún papel en el diseño de este estudio y no tendrán ningún papel durante su ejecución, análisis, interpretación de datos y presentación de resultados.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Enfermedad por nuevo Coronavirus, COVID-19 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [citado 10 jun 2022]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informacion_inicial_alerta.pdf
2. WHO. WHO Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19 [internet]. Geneva: WHO; 11 March 2020 [citado 10 jun 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
3. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Primeros casos investigados en España por COVID-2019. Informe COVID-2019 nº 1. 11 de febrero de 2020 [internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2020. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%201_11febrero2020_ISCIII.pdf#search=primer%20caso%20covid%2D19
4. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 67, de 14 de marzo de 2020.
5. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020; 382(13):1199-207. Doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>
6. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020; 395(10223):497-506. Doi: [http://doi.org.10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](http://doi.org.10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
7. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Co-

- ronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020; 323(11):1061-9. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>
8. Juan J, Gil MM, Rong Z, Zhang Y, Yang H, Poon LC. Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020; 56(1):15-27. Doi: <https://doi.org/10.1002/uog.22088>
 9. Renfrew MJ, Cheyne H, Dykes F, Entwistle F, McGuire W, Shenker N, et al. Optimising mother-baby contact and infant feeding in a pandemic. Rapid review. RCM Professorial Advisory Group [internet] [citado 10 jun 2022]. Disponible en: https://www.rcp.ac.uk/sites/default/files/2020-06/optimising_mother_baby_contact_and_infant_feeding_in_a_pandemic_version_2_final_24th_june_2020.pdf
 10. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health*. 2021; 18(1):10. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>
 11. CDC. Coronavirus disease and breastfeeding. CDC [internet] [citado 10 jun 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/maternal-or-infant-illnesses/covid-19-and-breastfeeding.html>
 12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas frecuentes: Lactancia materna y COVID-19 para trabajadores de la salud [internet]. Ginebra: OMS [citado 10 jun 2022]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/breastfeeding-covid-who-faqs-es-12may2020.pdf?sfvrsn=f1fdf92c_8
 13. Iniciativa para la Humanización de la asistencia al nacimiento y lactancia. Lactancia materna ante la pandemia de coronavirus COVID-19. Información para los profesionales que atienden familias con niños y niñas pequeños. IHAN [internet] [citado 10 jun 2022]. Disponible en: <https://www.ihan.es/wp-content/uploads/CORONAVIRUS-POSICION-IHAN-v6.pdf>
 14. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 16; 5(5):CD001141. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub4>
 15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32- item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19:349-57.
 16. Instituto Nacional de Estadística (INE). Oficina Estadística Española. Registro INE [internet] [citado 10 jun 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2915#!tabs-tabla>
 17. Instituto Nacional de Estadística (INE). Oficina Estadística Española. Registro INE [internet] [citado 10 jun 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1433#!tabs-tabla>
 18. Instituto Nacional de Estadística (INE). Series detalladas desde 2002. Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y nacionalidad (agrupación de países). Oficina Estadística Española. Registro INE [internet] [citado 10 jun 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9689>
 19. Korstjens I, Albine Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *Eu J Gen Pract*. 2016; 24(1):120-4. Doi: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
 20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3(2):77-101. Doi: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
 21. Souza LK. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arq. bras. psicol.* [internet] 2019 [citado 10 jun 2022]; 71(2):51-67. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672019000200005&lng=en&nrm=iso&tIng=es
 22. Zhao Y, Zhang J. Consumer health information seeking in social media: a literature review. *Health Info Libr J*. 2017; 34(4):268-83. Doi: <https://doi.org/10.1111/hir.12192>
 23. Venegas-Vera AV, Colbert GB, Lerma EV. Positive and negative impact of social media in the COVID-19 era. *Rev Cardiovasc Med*. 2020; 21(4):561-4. Doi: <https://doi.org/10.31083/j.rcm.2020.04.195>
 24. Dagla M, Mrvoljak-Theodoropoulou I, Vogiatzoglou M, Giama-lidou A, Tsolaridou E, Mavrou M, et al. Association between Breastfeeding Duration and Long-Term Midwifery-Led Support and Psychosocial Support: Outcomes from a Greek Non-Randomized Controlled Perinatal Health Intervention. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(4):1988. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041988>
 25. Ceulemans M, Verbakel JY, Van Calsteren K, Eerdeken A, Alle-gaert K, Foulon V. SARS-CoV-2 Infections and Impact of the COVID-19 Pandemic in Pregnancy and Breastfeeding: Results from an Observational Study in Primary Care in Belgium. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(18):6766. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186766>
 26. Brown A, Shenker N. Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support. *Matern Child Nutr*. 2021; 17(1):e13088. Doi: <https://doi.org/10.1111/mcn.13088>
 27. Vázquez-Vázquez A, Dib S, Rougeaux E, Wells JC, Fewtrell MS. The impact of the Covid-19 lockdown on the experiences and feeding practices of new mothers in the UK: Preliminary data from the COVID-19 New Mum Study. *Appetite*. 2021; 156:104985. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104985>
 28. Latorre G, Martinelli D, Guida P, Masi E, De Benedictis R, Maggio L. Impact of COVID-19 pandemic lockdown on exclusive breastfeeding in non-infected mothers. *Int Breastfeed J* 2021; 16(1):36. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00382-4>
 29. Rodríguez-Gallego I, León-Larios F, Corrales-Gutiérrez I, González-Sanz JD. Impact and Effectiveness of Group Strategies for Supporting Breastfeeding after Birth: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(5):2550. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052550>
 30. Van Dellen SA, Wisse B, Mobach MP, Dijkstra A. The effect of a breastfeeding support programme on breastfeeding duration and exclusivity: a quasi-experiment. *BMC Public Health*. 2019; 19(1):993. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7331>

31. Quinn EM, Gallagher L, de Vries J. A qualitative exploration of breastfeeding support groups in Ireland from the women's perspectives. *Midwifery*. 2019; 78:71-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.08.001>
32. Niela-Vilén H, Axelin A, Melender HL, Löyttyniemi E, Salanterä S. Breastfeeding preterm infants—A randomized controlled trial of the effectiveness of an Internet-based peer-support group. *J. Adv. Nurs*. 2016; 72:2495-507. Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12993>
33. Robinson A, Lauckner C, Davis M, Hall J, Anderson AK. Facebook support for breastfeeding mothers: A comparison to offline support and associations with breastfeeding outcomes. *Digit Health*. 2019; 11. Doi: <https://doi.org/10.1177/2055207619853397>
34. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, Sorrentino G, Bezze E, Plevani L, et al. Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. *Nutrients*. 2019; 11(10):2266. Doi: <https://doi.org/10.3390/nu11102266>
35. Kim SK, Park S, Oh J, Kim J, Ahn S. Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud*. 2018; 80:94-105. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.004>. Erratum in: *Int J Nurs Stud*. 2019;89:132-137.
36. Feenstra MM, Jørgine Kirkeby M, Thygesen M, Danbjørg DB, Kronborg H. Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sex Reprod Healthc*. 2018; 16:167-74. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.003>
37. Ceulemans M, Hompes T, Foulon V. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic: A call for action. *Int. J. Gynecol. Obs*. 2020; 151:146-7.
38. Emmott EH, Page AE, Myers S. Typologies of postnatal support and breastfeeding at two months in the UK. *Soc Sci Med*. 2020; 246:112791. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112791>
39. Tchaconas A, Keim SA, Heffern D, Adesman A. Pediatric Care Providers, Family, and Friends as Sources of Breastfeeding Support Beyond Infancy. *Breastfeed Med*. 2018; 13(2):116-22. Doi: <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0184>
40. Ratnasari D, Paramashanti BA, Hadi H, Yugistiyowati A, Astiti D, Nurhayati E. Family support and exclusive breastfeeding among Yogyakarta mothers in employment. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2017; 26(1):S31-S35. Doi: <https://doi.org/10.6133/apjcn.062017.s8>
41. Angelo BHB, Pontes CM, Sette GCS, Leal LP. Knowledge, attitudes and practices of grandmothers related to breastfeeding: a meta-synthesis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020; 28:e3214. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3097.3214>
42. Sihota H, Oliffe J, Kelly MT, McCuaig F. Fathers' Experiences and Perspectives of Breastfeeding: A Scoping Review. *Am J Mens Health*. 2019; 13(3):1557988319851616. Doi: <https://doi.org/10.1177/1557988319851616>
43. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. New Zealand women talk about breastfeeding support from male family members. *Breastfeed Rev*. 2017; 25(1):35-44.
44. Pacheco F, Sobral M, Guiomar R, de la Torre-Luque A, Caparros-Gonzalez RA, Ganho-Ávila A. Breastfeeding during COVID-19: A Narrative Review of the Psychological Impact on Mothers. *Behav Sci (Basel)*. 2021; 11(3):34. Doi: <https://doi.org/10.3390/bs11030034>
45. Snyder K, Worlton G. Social support during COVID-19: Perspectives of breastfeeding mothers. *Breastfeed. Med*. 2021; 16(1):39-45. Doi: <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0200>
46. Zanardo V, Tortora D, Guerrini P, Garani G, Severino L, Soldera G, et al. Infant feeding initiation practices in the context of COVID-19 lockdown. *Early Hum. Dev*. 2021; 152:105286. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105286>

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

Cursos online

Amplio catálogo de cursos

- Cursos de Traumatología
- Cursos de Atención Primaria
- Cursos de Nutrición y Diabetes
- Cursos de Úlceras y Heridas
- Cursos de Gestión
- Cursos de Quirófano
- Cursos de Urgencias
- Cursos de Salud Laboral
- Cursos de Farmacología
- Cursos de Oncología
- Cursos de Cuidados Intensivos
- Curso de RCP



<https://www.auladae.com>

¹ Ángela Torres Díaz
² José María Mora Morillo
² Ana Pérez Caballero

Programa de formación con simulador para residentes de enfermería obstétrico ginecológica (matrona)

¹ *Matrona. Doctora en Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga. Jefa de Estudios de la Unidad Docente Provincial de Matronas de Málaga. España.*

E-mail: angelatravel01@gmail.com

² *Matrón/a. Tutor de formación Hospital Regional de Málaga (HRU). España.*

Fecha de recepción: 5 de mayo de 2022.

Fecha de aceptación: 5 de julio de 2022.

Cómo citar este artículo:

Torres Díaz A, Mora Morillo JM, Pérez Caballero A. Programa de formación con simulador para residentes de enfermería obstétrico ginecológica (matrona). *Matronas Hoy* 2022; 10(2):25-34.

Resumen

Introducción: la simulación está integrada en la formación médica desde hace siglos. En el siglo XXI ha tenido un espectacular desarrollo tecnológico que la ha convertido en una potente herramienta pedagógica destinada tanto a la formación de futuros profesionales como a la formación continuada del personal en activo. En nuestra unidad docente se implementa la enseñanza práctica de la obstetricia a través de simulación, convencidos de que puede aumentar la confianza y la seguridad del alumno al trabajar en un "entorno seguro" al inicio de su aprendizaje, a sabiendas de que los errores no comprometen la seguridad de las mujeres en sus procesos asistenciales.

Objetivos: el objetivo principal de esta actividad es integrar el aprendizaje con simulador de alta tecnología en los programas formativos de los residentes de enfermería obstétrico ginecológica (matrona). Secundariamente, recabar el grado de satisfacción de los alumnos con la práctica formativa y la valoración por parte de los instructores del grado de consecución de competencias y habilidades en la resolución de los casos propuestos y otros factores del trabajo en conjunto.

Material y método: maniquí de alta fidelidad materno-fetal (Simulador Victoria S 2200) con *software* de control del simulador y situaciones (materno-fetales) preprogramadas. Sistema

de grabación individual para visualización posterior y *feedback* del entrenamiento y de la resolución.

Diseño de programa formativo con propuesta de simulación en diferentes situaciones obstétricas.

Prebriefing y *debriefing* como herramienta de evaluación formativa.

Resultados: la valoración de los residentes participantes en el curso de simulación virtual en asistencia obstétrica ha sido altamente positiva desde el punto de vista emocional, así como en la consecución de habilidades técnicas y no técnicas.

Conclusiones: la valoración del alumnado avala que el entrenamiento virtual con el simulador "Victoria" en este centro hospitalario, logra el objetivo de mejorar su formación, incrementa la calidad, implicación y motivación de los residentes en su aprendizaje, reduce el miedo y la ansiedad en los primeros momentos de la práctica asistencial y crea un mejor clima organizacional, mayor confianza entre los profesionales y una puesta en escena en situaciones reales más segura para las mujeres que se atienden. En resumen, acrecienta la calidad asistencial que se ofrece a la mujer en todo su proceso de parto.

Palabras clave: enseñanza mediante simulador de alta fidelidad; emergencias; obstetricia; parto; aprendizaje; matronas.

Abstract

Training program with simulator for obstetric gynecological nursing (midwife) residents

Introduction: *simulation has been integrated into medical training for many centuries. In the 21st century it has experienced an impressive technological development, which has turned it into a potent pedagogical tool both for the training of future professionals and for the continuous training of the staff in active employment. The practical teaching of obstetrics through simulation has been implemented in our unit; we are convinced that it can increase the confidence and security in management for students, by working in a "safe environment" at the start of their learning, knowing that their mistakes will not have an adverse effect on the safety of women in their processes of care.*

Objectives: *the primary objective of this activity is to integrate training with a high-technology simulator into the learning programs for obstetric gynaecological nursing (midwife) residents. Secondly, to understand the level of satisfaction among students with their training practice, and the assessment by instructors of the level of competencies and skills achieved for the resolution of the cases proposed and other teamwork factors.*

Materials and method: *a high-fidelity maternal and neonatal manikin (Victoria S 2200 Simulator) with software to control the simulator and pre-programmed (maternal-foetal) scenarios. An individual recording system for subsequent viewing and training and resolution feedback. Design of the training program with a proposal of simulation in different obstetric scenarios. Pre-briefing and debriefing as training evaluation tools.*

Results: *the assessment by those residents participating in the virtual simulation course on obstetric care has been highly positive from an emotional point of view, as well as in the achievement of technical and non-technical skills.*

Conclusions: *the assessment by students supports that virtual training with the "Victoria" simulator in this hospital achieves the objective of improving their training, it increases the quality, involvement and motivation of residents in their training, it reduces the fear and anxiety during the first stages of care practice, and creates a better organizational environment, higher confidence among professionals, and a safer staging of real scenarios for women being cared for. Summing up, it increases the quality of care offered to women throughout their birthing process.*

Key words: *training with high-fidelity simulator; emergencies; obstetrics, childbirth; learning; midwives.*

Introducción

El aprendizaje con simuladores para futuros profesionales sanitarios ha tenido su importancia desde hace siglos; con la mirada actual algunas de estas piezas, las más remotas, se juzgan de elaboración tosca, con materiales y formas muy rudimentarias, aunque no exentas de ingenio, pero poco a poco fueron adquiriendo mayor nivel de perfección representativa y riqueza de materiales empleados e incluso funciones automatizadas.

En el campo de la asistencia obstétrica se puede mencionar como referente a Angélique du Coudray (siglo XVIII), matrona francesa que elaboraba sus propios simuladores para la enseñanza de la Obstetricia y a la que se considera como la pionera en simulación en la misma¹.

Numerosos estudios han demostrado la eficacia del aprendizaje con simuladores como un complemento en la formación de futuros profesionales, así como una herramienta para mejorar la confianza y la seguridad en el aprendizaje de los mismos^{2,3} (Imagen 1).

Variedad de autores que han estudiado los beneficios de la simulación destacan mejoras con su uso principalmente en:

- El desarrollo del liderazgo en situaciones de emergencia y el trabajo en equipo de distintos profesionales⁴.
- La decisión y el pensamiento crítico⁵.
- Las habilidades clínicas en distintas situaciones clínicas⁶.
- Las habilidades de alerta⁴.
- La administración segura de medicamentos en profesionales noveles⁷.

En 2011 Riley et al.⁸ demostraron que si se establecen programas de entrenamiento de trabajo en equipo, y además se añaden simulaciones de los ejercicios, se consiguen mejores resultados perinatales.

El avance de la ciencia ha permitido desarrollar más modernos y tecnológicos simuladores que complementan los programas formativos teóricos y sirven como nexos con el aprendizaje práctico.



Imagen 1. Maniquí de Madame du Coudray. Musée de l'Homme. Paris. Licencia CC BY-SA 4.0

En la Unidad Docente del Hospital Materno-Infantil de Málaga, el uso de un simulador de alta tecnología, Victoria S2200, en la enseñanza práctica de la obstetricia de los residentes, puede aumentar la confianza y la seguridad de manejo al trabajar en un "entorno seguro" al inicio de su aprendizaje, donde los errores no comprometen la seguridad de las mujeres en sus procesos asistenciales, como reporta Down⁹; por añadidura, y en línea con los resultados de Verneuen¹⁰, se supone que su uso resultará una gran ayuda para que los residentes alcancen competencias profesionales que en ocasiones en la práctica clínica son difíciles de lograr por la infrecuencia de presentación, y dada la imperiosa necesidad de resolución con inmediatez y pericia, no son circunstancias óptimas para la práctica de neófitos en la materia.

Los entrenadores tienen también un importante rol en la simulación práctica, motivando a los profesionales noveles en las primeras etapas de su aprendizaje¹¹. Por ello es imprescindible que estos estén perfectamente capacitados antes del inicio de la enseñanza en simulación y al mismo tiempo tengan conocimientos para llevar a cabo el debriefing.

El debriefing se entiende como una estrategia efectiva para proporcionar evaluación formativa (durante el aprendizaje)

y facilitar el desarrollo profesional. Utiliza la indagación para poner de manifiesto los marcos mentales que explican la diferencia entre el rendimiento clínico esperado y el observado (que puede ser positiva o negativa). Permite proporcionar dosis específicas de feedback adaptado a las necesidades individuales del participante, y ayudarlo a elaborar nuevos modelos mentales que le permitan desarrollar acciones nuevas y más efectivas en situaciones clínicas similares en el futuro¹².

Tras la realización de los simulacros, en este caso, se siguió el *Manual del Hospital de Valdecilla de evaluación del debriefing para la simulación en salud (EDSS)*¹³.

Este programa de simulación con un maniquí de alta fidelidad, como el modelo Victoria S 2200 del que se dispone en este hospital, también abre un campo nuevo de aprendizaje colaborativo entre residentes de enfermería y residentes médicos de la misma especialidad, futuras matronas y obstetras. Como se ha referenciado en la literatura especializada¹⁴: no solo se pueden trabajar habilidades en la asistencia a los procesos fisiológicos de parto y sus complicaciones más importantes, sino, y además, la comunicación, el liderazgo y el uso efectivo de los recursos.

Se ha evidenciado que el manejo clínico de situaciones de urgencia es a menudo inadecuado. Ello es debido a que se trata de situaciones complejas en un entorno dinámico e incierto donde un equipo clínico multiprofesional desarrolla una gran cantidad de tareas simultáneas¹⁵. En atención a otro orden de factores se han identificado barreras para instaurar un plan de cuidados eficientes, las más comunes: la falta de comunicación y una cultura de trabajo en equipo inefectiva en especial, la relación jerárquica y distribución confusa de las tareas y órdenes¹⁶.

La mejora de la comunicación en el equipo sometido a entrenamiento la reafirma también los recientes resultados del trabajo del grupo de simulación (Simulation working group) del American College of Obstetrics and Gynecology, concluyendo que el entrenamiento multidisciplinar de equipos a través de la simulación (Multidisciplinar SBTT o MD-SBTT) soluciona con el trabajo conjunto, problemas de comunicación, además de conflictos ocultos y barreras asistenciales¹⁷.

La educación interdisciplinar es necesaria para preparar a los profesionales a integrarse en un equipo de trabajo basado en un cuidado más eficiente y resolutivo en el futuro y afrontar los retos de trabajo en equipo en medios laborales adversos^{18,19}.

De otro lado, en la revisión de la literatura se ha encontrado abundante documentación de aprendizaje continuo con simuladores, sobre todo en emergencias obstétricas²⁰⁻²², casos que requieren acciones rápidas, decididas y decisivas por el compromiso de salud que suponen para el paciente y que, por tanto, no dan opción a detenerse a impartir docencia, porque prima la resolución pronta y eficaz.

A la vista de las innumerables ventajas del aprendizaje mediante simulación descritas, en el presente caso, tanto el equipo de matronas como el de obstetras en trabajo conjunto de formación (como en el trabajo real en la cotidianidad) se pueden enriquecer del aprendizaje mutuo y conformar una unidad de acción en previsión de los casos reales, muchos de ellos infrecuentes, pero tan reales como graves e inesperados.

Objetivos

Se constituyó un equipo de trabajo conformado por dos tutores de la especialidad y la responsable de la formación de la especialidad para la elaboración de los objetivos del programa:

Objetivo general: integrar el aprendizaje con simulador de alta tecnología en los programas formativos de los residentes de enfermería obstétrico ginecológica.

Objetivos específicos:

- Valorar la satisfacción de los residentes con el programa de simulación aplicado a su aprendizaje.

- Evaluar si el aprendizaje conjunto en situaciones de alto riesgo y/o emergencias obstétricas mejora la comunicación entre los profesionales y la distribución de tareas y cuidados.
- Posibilitar la evaluación de determinadas competencias que, por su infrecuente aparición en la práctica real, sería imposibles de determinar.

Material y metodo

Participantes: 11 residentes de enfermería obstétrico ginecológica (matrona).

Una sala para ubicar el simulador Victoria, que permite el cómodo desenvolvimiento de los alumnos. El entorno de la situación de la simulación fue lo más realista posible, disponiendo del mismo material e instrumental que se acostumbra utilizar en el área obstétrica.

Sistema de grabación individual para evaluación visual de la escena y un posterior feedback del entrenamiento y la resolución, que consta de distintas etapas:

- En la primera se forman a distintos instructores con currículo adecuado para el manejo del simulador y su adaptación a la formación de los especialistas en formación.
- Diseño del programa formativo para los especialistas en formación.
- Realización de la simulación:
 - *Prebriefing*: reunión informativa y de orientación al inicio de la actividad formativa en la que se prepara a los alumnos explicando el método que busca la práctica no la evaluación. Se procura crear, de entrada, un clima de confianza y confidencialidad y buena comunicación que permita, además, que los participantes expongan sus expectativas.
 - *Debriefing*: al final de la simulación, como elemento esencial del aprendizaje, en el que se revisarán las actuaciones en la simulación.

Programa formativo

Escenario

Todos los participantes han recibido formación teórica y práctica acerca de los escenarios que se realizan:

- Anamnesis/elaboración historia clínica de la mujer gestante a su llegada al hospital.
- Transferencia/recepción de la mujer embarazada a la Unidad de partos.
- Atención al periodo de dilatación en distintos supuestos:
 1. Hipertono + hipotensión tras analgesia epidural + bradicardia fetal.
 2. Hipotensión postural.

3. Polisistolia iatrogénica/espontánea.
4. Progresión rápida de parto.
5. Asistencia al periodo de expulsivo normal.

Se reprodujeron cuatro casos clínicos (reales) propuestos por los tutores de formación.

Durante la simulación se realizará una grabación de la misma que posteriormente será visualizada por los residentes (y entrenadores) para forzar la reflexión crítica sobre la actuación efectuada y la consecuente elaboración de propuestas de mejora para el abordaje de las distintas situaciones clínicas. La metodología del aprendizaje se completará con la visualización de vídeos y revisión de literatura relacionada.

Procedimiento

Se dividen a las participantes en tres grupos haciendo una asignación al azar de los mismos. En cada grupo, una persona aborda la anamnesis, dos la dilatación en escenarios distintos y una la asistencia al expulsivo (Imagen 2).

En la reunión posterior de debriefing, los instructores presentan de forma organizada la actividad motivando a los participantes a la discusión:

- Se les invita a que describan la primera expresión del escenario.
- La expresión de pensamientos, miedos y sentimientos.

Se determina la siguiente escala de evaluación para analizar todos los aspectos de la formación virtual realizada:

- (7) Extremadamente efectivo.
- (6) Consistentemente efectivo.
- (5) Mayoritariamente efectivo.
- (4) Algo efectivo.
- (3) Mayoritariamente inefectivo.
- (2) Consistentemente inefectivo.
- (1) Extremadamente inefectivo.



Imagen 2. EIR (matrona) participantes en los talleres de simulación virtual en obstetricia (2021). Unidad Docente Provincial de Matronas de Málaga

Resultados

A través de las respuestas obtenidas a las preguntas lanzadas a los residentes en enfermería obstétrico ginecológica (matrona) de la Unidad Docente de Matronas del Hospital Materno-Infantil de Málaga que realizaron la formación en simulación virtual (año 2021) se obtiene:

1º Evaluación de los comportamientos del instructor

- Establece y mantiene un ambiente de aprendizaje estimulante (7).
- Estructura el debriefing de una manera organizada (5).
- Provoca discusiones estimulantes (6).
- Identifica y explora brechas de rendimiento (6).
- Ayuda a los participantes a lograr un buen rendimiento (6).

2º Valoración emocional de los participantes

P. ¿Cómo te sentiste durante la simulación?

1. "Me sentía ilusionada de poder realizar una actividad formativa con simulador, pero al mismo tiempo nerviosa porque me sentía observada en todo momento."
2. "Me sentí nerviosa, puesto que era algo desconocido y novedoso para mí."
3. "A medida que se iba desarrollando la simulación me fui tranquilizando."
4. "Me sentí nerviosa por el hecho de que queda grabado."
5. "Me sentí respaldada por los compañeros y los nervios, la tensión fueron disminuyendo conforme más avanzaba la simulación."

P. ¿Qué has aprendido durante la simulación?

1. "He aprendido a organizar mejor la información a la hora de recopilarla en la anamnesis, de conocer cómo pasar la información relevante a otros compañeros."
2. "Me ha ayudado a ver distintos puntos de vista ya que han participado compañeras de otros hospitales."
3. "Hemos abordado casos clínicos que todavía no había visto y ponerlos en común creo que es muy enriquecedor."
4. "He aprendido a actuar en diferentes escenarios... en muchas ocasiones el estrés hace que actúes de forma rápida y sin pensar bien las cosas. El simulador te ayuda a parte a pensar en la respuesta adecuada que merece cada caso. También se aprende mucho de la forma de trabajar de otros compañeros de otros hospitales."

5. "Los casos clínicos presentados pueden ser perfectamente reales y podrían surgir en cualquier momento de la jornada laboral. El ponerlos en práctica bajo supervisión y posteriormente comentarlos me ha ayudado a saber actuar, sobre todo en qué prioridad para poder resolver las situaciones lo mejor y más pronto posible. Una parte muy positiva ha sido poder realizar equipo durante la simulación."

P. ¿Cómo lo integrarías en la vida laboral?

1. "Creo que es un aprendizaje muy útil, ya que nuestro hospital al ser de tercer nivel vivimos situaciones parecidas con cierta frecuencia y tenemos que tener clara nuestra respuesta para poder actuar de forma rápida."
2. "Me ha ayudado a saber actuar y con qué prioridad."
3. "Me sirvió para darme cuenta de los errores que cometemos en la práctica diaria."
4. "Con la simulación podemos integrar en nuestra práctica actuaciones basadas en la evidencia y protocolos de buena práctica clínica."
5. "Después de la simulación cuando en la práctica tengamos un caso, sabremos cómo actuar, cuándo derivar y avisar al resto del equipo y a integrar el algoritmo de actuación de forma sistemática. Da herramientas útiles y prácticas para llevar a cabo el trabajo."

P. ¿Qué podríamos modificar de la simulación realizada?

1. "Como posible mejora propondría que dentro de la sala de simulación lo esté el simulador y toda interacción que se haga sea con ella, en vez de estar los instructores en presencia física en la sala."
2. "Que se desarrollarán los casos clínicos y una vez terminado, se visualizara la grabación y se corrigiesen actuaciones y se propusieran mejoras."
3. "Que todo el grupo pudiese practicar el expulsivo con el simulador."
4. "Incluir más casos de simulación, incluidas urgencias ginecológicas."
5. "No mejoraría nada."

Conclusiones de las valoraciones

- Se sentían agobiados al inicio de la simulación, pero el ambiente propiciado por el instructor hizo que se sintieran cómodos y aumentaran su autoconfianza.
- Expresan que sería deseable una mayor interacción con el simulador sobre todo en los escenarios de anamnesis y recepción de la mujer gestante en el paritorio y sugieren

que haya un actor que haga de voz del simulador o el propio instructor.

- Están todos de acuerdo en que los escenarios son bastante reales y hay paralelismos con las situaciones reales.
- Al finalizar los escenarios comprobaron que han adquirido

todas las competencias que para el momento de la especialidad serían adecuadas.

3º Valoración de habilidades técnicas y no técnicas (liderazgo, comunicación y toma de decisiones)

Primer escenario:

Anamnesis

Valoración individual habilidades técnicas

CAS: consistentemente efectivas (6)

PI: mayoritariamente efectivas (5)

PL: mayoritariamente efectivas (5)

Valoración global habilidades no técnicas:

mayoritariamente efectivas (5)

Segundo escenario:

Recepción de la mujer gestante en paritorio

Valoración individual habilidades técnicas

PF: consistentemente efectivas (6)

MR: consistentemente efectivas (6)

AV: consistentemente efectivas (6)

AE: consistentemente efectivas (6)

ES: mayoritariamente efectivas (5)

Valoración global habilidades no técnicas:

mayoritariamente efectivas (5)

Tercer escenario:

Dilatación en supuesto 1: polisistolia iatrogénica/espontánea

Valoración individual habilidades técnicas

AV: mayoritariamente efectivas (5)

MR: mayoritariamente efectivas (5)

Valoración global habilidades no técnicas:

consistentemente efectivas (6)

Dilatación en supuesto 2: hipertono+hipotensión+bradicardia tras epidural

Valoración individual habilidades técnicas

PF: consistentemente efectivas (6)

ES: mayoritariamente efectivas (5)

AE: mayoritariamente efectivas (5)

Valoración global habilidades no técnicas:

consistentemente efectivas (6)

Dilatación en supuesto 3: hipotensión postural

Valoración individual habilidades técnicas

MR: mayoritariamente efectivas (5)

AV: mayoritariamente efectivas (5)

Valoración global habilidades no técnicas:

consistentemente efectivas (6)

Dilatación en supuesto 4: progresión rápida de parto**Valoración individual habilidades técnicas**

AE: mayoritariamente efectivas (5)

ES: mayoritariamente efectivas (5)

Valoración global habilidades no técnicas:

consistentemente efectivas (6)

Cuarto escenario:**Atención al expulsivo: parto eutócico****Valoración individual habilidades técnicas**

CS: mayoritariamente efectivas (5)

ML: mayoritariamente efectivas (5)

SL: mayoritariamente efectivas (5)

Valoración global habilidades no técnicas:

consistentemente efectivas (6)

Conclusiones

Con esta experiencia de la puesta en marcha del entrenamiento virtual con el simulador Victoria en este centro hospitalario, se plantea el objetivo de mejorar la formación de los residentes de enfermería obstétrico ginecológica, tanto al inicio de su formación, como en el abordaje de las urgencias obstétricas en el futuro.

A la vez se pretende crear un mejor clima organizacional, mayor confianza entre los profesionales y una puesta en escena en situaciones reales más segura para las mujeres que se atienden.

La implementación de la simulación en el aprendizaje de los especialistas en formación puede mejorar la calidad, implicación y motivación de los residentes en su aprendizaje, reducir el miedo y la ansiedad en los primeros momentos de la práctica asistencial y en los incidentes de complicaciones obstétricas reales, mejorar las relaciones del equipo multidisciplinar para, en definitiva, mejorar la calidad asistencial que se ofrece a la mujer en todo su proceso de parto.

La valoración de los residentes en formación ha sido altamente positiva y confirman las expectativas del profesorado.

Los instructores trabajarán sobre las sugerencias de mejora aportadas por los alumnos para perfeccionar la formación en sucesivas ediciones.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Jandu GK, Azizah K. Angélique Marguerite Le Boursier du Coudray (1712-1790). Pioneer of simulation. 2021; 29(2):121-2. Doi: <http://doi.org/10.1177/09677720211002204>
2. Satin AJ. Simulation in Obstetrics. *Obstetrics and gynecology* 2018; 132(1):199-209. Doi: <http://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000000>
3. Altamirano-Droguett JE, Araya-Crisóstomo SA, Contreras MP. Estilos de aprendizaje y rendimiento académico de estudiantes de la carrera de obstetricia. *Revista Ciencias de la Salud*. 2019; 17(2):276-92. Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7937>
4. Endacott R, Bogossian FE, Cooper JS, Forbes H, Kain VJ, Young SC, et al. Leadership and teamwork in medical emergencies: performance of nursing students and registered nurses in simulated patient scenarios. *J Clin Nursing*. 2015; 24:90-100. Doi: <http://doi.org/10.1111/jocn.12611>
5. Arizo-Luque V, Ramírez-Baena L, Pujalte-Jesús MJ, Rodríguez-Herrera MA, Lozano-Molina A, Arrogante O, et al. Does Self-Directed Learning with Simulation Improve Critical Thinking and Motivation of Nursing Students? A Pre-Post Intervention Study with the MAES® Methodology. *Healthcare* 2022; 10(5):927. Doi: <http://doi.org/10.3390/healthcare10050927>

6. Alinier G. Skills benefits of advanced simulation training. *Journal of Paramedic Practice*. 2009; 1:369-75. Doi: <http://doi.org/10.12968/jpar.2009.1.9.42995>
7. Sears K, Kimberley S, Goodman W. The relationship between simulation in nursing education and medication safety. *The Journal of Nursing education*. 2010; 49(1):52-5. Doi: <http://doi.org/10.3928/01484834-20090918-12>
8. Riley W, Davis S, Miller K, Hansen H, Sanford F, Sweet R. Didactic and simulation nontechnical skills team training to improve perinatal patient outcomes in a community hospital. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2011; 37(8):357-64. Doi: [http://doi.org/10.1016/S15537250\(11\)37046](http://doi.org/10.1016/S15537250(11)37046)
9. Dow A. Simulation-based learning: a case study, Part 1. *British Journal of Midwifery*. 2018; 20(7). Doi: <https://doi.org/10.12968/bjom.2012.20.7.508>
10. Vermeulen J, Breeckman K, De Clercq G, Vandellannoote I, Gucciardo L, Lauback M. Inter-professional Perinatal Simulation training: A valuable educational model to improve competencies amongst student midwives in Brussels, Belgium. *Midwifery*. 2015; 33:49-51. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.020>
11. Cant RP, Cooper SJ. Simulation learning in nurse education: systematic review. *J Advan Nursing*. 2009; 66(1):3-15.
12. Salik I, Paige JT. *Debriefing the Interprofessional Team in Medical Simulation*. 2022 Apr 21. En: StatPearls.. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 32119413.
13. Hospital Virtual Valdecilla. Evaluación del *debriefing* para la simulación en Salud (EDSS). Manual del evaluador [internet]. Santander: Hospital Valdecilla; 2019 [citado 15 jul 2022]. Disponible en: <https://harvardmedsim.org/wp-content/uploads/2019/05/Manual-de-trabajo-EDSS-VALIDADO.pdf>
14. Kumar A, Nestel D, East C, Hay M, Lichtwark I, McLelland G, et al. Embedding assessment in a simulation skills training program for medical and midwifery students: a pre-and post-intervention evaluation, Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. 2018; 58(1):40-6.
15. Monod C, Voekt CA, Gisin M, Gisin S, Hoesli IM. Optimization of competency in obstetrical emergencies: a role simulation training. *Arch Gynecol Obstet*. 2014; 289:733-8.
16. Tamika CA, Goofman D, Deering S, Pliego JF, Andreatta PB, Erickson L, et al. Simulation based team training in obstetric emergencies. *Contemporary Ob/gyn.Net*. Mayo 2012; 30-9.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Simulations working group [internet] [citado 15 jul 2022]. Disponible en: <https://www.acog.org/education-and-events/simulations/about>
18. Gorantla S, Bansal U, Jai VS, Akhilesh D, Malhatra A, Kumar A. Introduction o fan undergraduate interprofesional simulation based skills training program in obstetrics and gynaecology in India. *Advabces in simulation*. 2019; 4:9.
19. Burns ES, Duff M, Leggett J, Scmied V. Emergency scenarios in maternity: An exploratory study of a midwifery and medical student simulation-based learning collaboration. *Women and birth*. ACM 2021; 34(6):563-9. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.005>
20. Watters C, Reedy G, Ross A, Morgan NJ, Handslip R, Jaye P. Does interprofessional simulation increase self-efficacy: a comparative study. *BMJ open* 2015; 5:1e005472. Doi: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005472>
21. Lavelle M, Abthorpe J, Simpson T, Reedy G, Little F, Banerjee A. MBRRACE in simulation: an evaluation of a multidisciplinary simulation training for medical emergencies in obstetrics (MEEmO). *J Obstet Gynaecol*. 2018; 38(6):1-20.
22. Hernández Pinto P, Odriozla Feu JM, Maestre Alonso JM, López Sánchez M, Del Moral Vicente Mazariegos I, De Miguel Sesmero JR. Entrenamiento de equipos multidisciplinares en urgencias obstétricas mediante simulación clínica. *Prog Obstet Ginecol*. 2011; 54(12):618-24.

Anexo I

En cada grupo una persona aborda la anamnesis, dos la admisión de la mujer gestante en paritorio durante la dilatación y una la asistencia al expulsivo.

Anexo selección de casos (reales)

Edad	28 años	37 años	14 años	28 años
Paridad	G ₃ A ₂ P ₀ C ₀	G ₄ A ₀ P ₃ C ₀ 2008 EN, PE 3800 gr, ♀ VS; 2006 EN, PE 3200 gr, ♀ VS; 2000 EN, PE 3250 gr, ♀ VS.	G ₁ A ₀ P ₀ C ₀	G ₃ A ₁ P ₁ C ₀ 2020 EN+HTA, Cesárea (29 semanas ♂, † 2 meses)
FUR -FPP	11/05/21- 15/02/22	04/06/21- 11/03/22	29/4/21 - 03/02/22	13/05/21 - 17/2/22
EG	40 SG	36 ⁺⁴ SG	41 ⁺⁵ SG	39 ⁺⁵ SG
FUEco	07/02/22	01/02/22	01/02/22	09/02/22
PFE	3.500 g	4.100 g	2.600 g	3.300 g
Control Evolución Gestación actual	Centro de Salud Normal	Controlada en ARO x HTA tto. con antihipertensivo	Controlada en ARO x trastorno alimentario, seguimiento por U. Salud Mental	Controlada en ARO x malos antecedentes obstétricos
Serologías	Negativas	Negativas	Negativas	Negativas
Rubeola	Inmune	Inmune	Inmune	Inmune
Toxoplasmosis	Inmune			Inmune
Grupo Rh	O (-) TCI (NEGATIVO)	A (+) TCI (NEGATIVO)	A(-) TCI (NEGATIVO)	B (+) TCI (POSITIVO, seguimiento por hematología, sin interés)
Inmunoprofilaxis Anti D	Semana 28		Semana 28	
Incr. ponderal	18 kg	9 kg	3 kg	12 kg
Peso final	86 kg	92 kg	56 kg	73 kg
Talla	172 cm	167 cm	176 cm	168 cm
IMC	29,1	33	18,1	25,9
Ant. personales	IQ apendicitis en la infancia	No IQ HTA	No IQ Anorexia desde 12 años	IQ mamaria de aumento 2015, Cesárea 2020, resto SIC
Ant. familiares	Madre HTA/Padre DMTI	SIC	SIC	SIC
Ant. pareja	VS	SIC		SIC
Alergias	NAMC	Penicilina y AINES	NAMC	NAMC
Otros			No tiene pareja	
Valoración riesgo	RIESGO MEDIO x incremento ponderal >15 kg + IMC 29.1	RIESGO MEDIO x HTA, edad materna + IMC33	RIESGO ALTO x trastorno alimenticio + <incremento ponderal + edad materna + IMC 18,1	RIESGO ALTO x MAO+ Cesárea anterior
Inicio parto actual	Estimulación por cansancio materno, CX borrado 80% @ 2 cms. Feto SES fijo. Bolsa Integra	CX CENTRADO, BORRADO A UN 80%, 5 CMS. CEFÁLICA I PLANO. BOLSA ROTA. LA CLARO	PREINDUCCIÓN EL DÍA ANTERIOR EN PLANTA. DINÁMICA ESPONTÁNEA TRAS BOLSA ROTA. CX CENTRADO, BORRADO, FINO, 3 CM. CEFÁLICA I PLANO	DINÁMICA ESPONTÁNEA, CX BORRADO A UN 50%, CENTRADO, 3 CM. CEFÁLICA SES. BOLSA INTEGRAL

Abreviaturas: ARO: alto riesgo obstétrico, FUEco: fecha última Eco, MAO: malos antecedentes obstétricos, EN: embarazo normal, PE: parto espontáneo, TCI: test Coombs indirecto

¹ Cynthia Alejandra García Aguirre
² Mitzi Alicia García Zarate
³ Rosalinda Guerra Juárez
⁴ María de la Paz Lira Vensor
⁵ Adriana Janette Hernández Viesca

Autosuficiencia en la educación de lactancia materna a través de redes sociales en tiempos de COVID-19

¹ Doctora en Educación. Máster Universitario en Docencia Biomédica. Máster Universitario en Administración. Especialista en Medicina Interna. Terapia Intensiva y Enfermera Universitaria. Enfermera adscrita al Hospital General "B" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Ciudad Juárez, Chihuahua (México).

² Máster Universitario en Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud. Enfermera Universitaria y Certificada en Lactancia Materna de la Secretaría de Salud de México. Enfermera coordinadora Jurisdiccional del programa de Salud Reproductiva de los Servicios de Salud de Chihuahua. México.

³ Máster Universitario en Ciencias de Enfermería. Especialista en Administración de Enfermería y Enfermera Universitaria. Enfermera docente Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Chihuahua (México).

⁴ Máster Universitario en Recursos Humanos. Especialista en Enfermería Pediátrica con diplomado en Neonatología y Enfermera Universitaria. Enfermera docente Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Chihuahua (México).

⁵ Enfermera Universitaria con diplomatura en Enfermería Ocupacional. Enfermera ocupacional en la empresa Bi-Link México, Ciudad Juárez. Chihuahua (México).

E-mail: alejandra.trabajo@hotmail.com

Fecha de recepción: 16 de mayo de 2022.
 Fecha de aceptación: 7 de julio de 2022.

Cómo citar este artículo:

García Aguirre CA, García Zarate MA, Guerra Juárez R, Lira Vensor MP, Hernández Viesca AJ. Autosuficiencia en la educación de lactancia materna a través de redes sociales en tiempos de COVID-19. *Matronas Hoy* 2022; 10(2):35-46.

Resumen

Introducción: México es uno de los países de Latinoamérica con prevalencia más baja de lactancia materna. La propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el 2025 de conseguir que al menos el 50% de los lactantes sean amamantados de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida es una tarea importante en la que están implicadas enfermeras y matronas (profesionales y tradicionales). La pandemia de COVID-19 ha dificultado el contacto personal para el apoyo en lactancia y se han explorado otras vías alternativas de información al respecto (redes sociales y *massmedia*).

Objetivo: describir la autoeficacia en la educación de lactancia materna a través de redes sociales en tiempos de COVID-19.

Metodología: estudio transversal descriptivo, muestra de 147 mujeres, muestreo por conveniencia.

Resultados y conclusiones: existe eficacia alta en un 98,6% y en general influye en un 90,5% las redes sociales en la lactancia materna, según la percepción de madres.

Palabras clave: autosuficiencia; lactancia materna; redes sociales; COVID-19; *massmedia*; enfermeras; matronas; apoyo; formación.

Abstract

Self-sufficiency in breastfeeding training through social networks during the COVID-19 pandemic

Introduction: Mexico is one of the Latin American countries with lower prevalence of breastfeeding. The proposal by the World Health Organization (WHO) for 2025 that at least 50% of infants will be breastfed exclusively during their first six months of life is an important job which involves nurses and midwives (professional and traditional). The COVID-19 pandemic has made it difficult to have personal contact for support in breastfeeding, and other alternative ways of information have been explored (social networks and mass media).

Objective: to describe self-efficacy in breastfeeding training through social networks during the COVID-19 pandemic.

Methodology: a descriptive cross-sectional study on a sample of 147 women, convenience sampling.

Results and conclusions: there was high efficacy in 98.6%, and social networks have an overall 90.5% impact on breastfeeding, according to the perception by mothers.

Key words: self-sufficiency; breastfeeding; social networks; COVID-19; mass media; nurses; midwives; support; training.

Introducción

Antecedentes en la Asistencia Obstétrica en México y su influencia en la lactancia

En 2016 el Gobierno de México, a través del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), cifraba la existencia de más 15.000 parteras tradicionales, 100 parteras profesionales (PP) egresadas y 16.684 licenciadas en Enfermería y Obstetricia (LEOs). Evidenciaba el INSP la preocupación a la vista de los resultados de estudios publicados sobre las competencias basadas en evidencia, los cuales informaban de que el 80% de todos los partos era atendido por personal médico en formación, quienes mostraban menores competencias para hacerlo que el personal de partería, conformado por PP y LEOs. Para hacer frente a este grave problema, el INSP puso en marcha el Proyecto Marco: Modelo Integral de Partería, que tiene entre sus objetivos generar evidencia científica, legitimar el modelo de partería en México, sensibilizar a las autoridades sobre el tema, promover la inserción de la partería profesional en los sistemas de salud, empoderar a las mujeres para una toma de decisiones informada, entre otros¹.

Por otra parte, la atención hospitalaria del parto institucional, se derive o no de emergencias obstétricas, suele conllevar la práctica de cesáreas. En México se rebasan las cifras recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)². Además, aun cuando las normas nacionales proponen el alojamiento conjunto del recién nacido y la madre, esto no siempre se cumple, con lo que se excluye a los recién nacidos de los beneficios comprobados de la lactancia materna desde la primera hora de vida³.

Todas aquellas circunstancias y prácticas que interfieran con la lactancia inmediata debieran ser eliminadas. Una vía excepcional para el fomento de la lactancia es la práctica profesional de la asistencia al parto por matronas o profesionales cualificados en partería que, sin duda, estimularán el parto natural y la lactancia precoz en la primera hora de vida del nacido, lo que favorecerá una lactancia exitosa y prolongada según las recomendaciones de la OMS.

Actualmente en México existen registradas 7.165 matronas tradicionales activas en el periodo 2021 junto con 5.104 matronas tradicionales capacitadas, según contabiliza la Secretaría de Salud (2022)⁴; no obstante, el total de atenciones prenatales otorgadas por matronas desde el 2018 al 2021 han sido de 339.260⁴. En 2020 los médicos fueron las personas que con mayor frecuencia atendieron los partos, representando un 88,7% (1.445.199) del total, seguidos de las enfermeras y parteras que representaron 4,6% (75.209)⁵. A pesar de la baja participación de enfermeras y matronas en el proceso de asistencia al embarazo, parto y nacimiento, es importante señalar el papel activo de estas en el área de la lactancia materna (Gráfico 1).

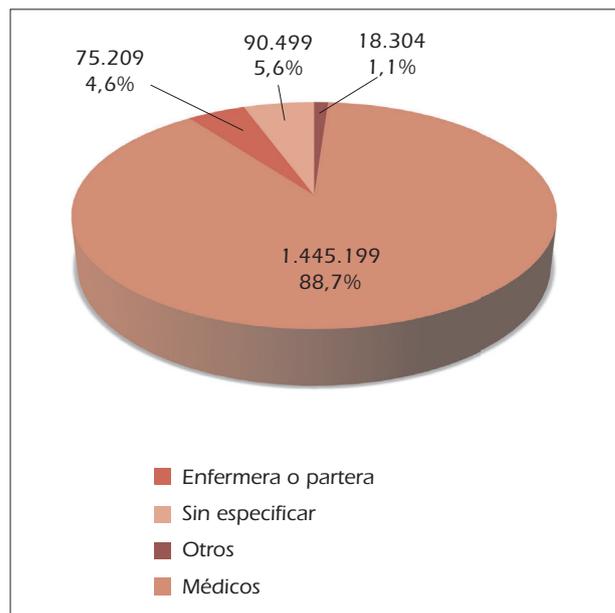


Gráfico 1. Personal de atención al parto y nacimiento⁵

Apoyo profesional a la lactancia materna

La lactancia materna es primordial para el cumplimiento de los derechos en salud de los niños y las niñas para alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos, ya que ofrece beneficios en la salud física y emocional de los lactantes y sus madres. La OMS ha propuesto que para el 2025 al menos el 50% de los lactantes sea amamantados de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Sin embargo, con la presencia de la COVID-19 ha sido una etapa donde la práctica, así como la educación de la salud materno-infantil ha sido afectada. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México, solo el 28,4% de las mujeres lacta de forma exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, situando a México como uno de los países de América Latina con prevalencias más bajas de lactancia materna⁶.

Las estrategias del uso de las redes sociales como herramientas de comunicación pueden funcionar para que los profesionales de enfermería y matronas puedan educar, compartir, orientar y actualizar conocimientos sobre lactancia materna y prestar apoyo a mujeres amamantando en sus hogares en tiempos de COVID-19 y por consiguiente mejorar su autoeficacia.

Objetivo general: describir la autoeficacia en la educación de lactancia materna dirigida por profesionales de la salud a través de redes sociales en tiempos de COVID-19.

Metodología

El estudio fue transversal descriptivo, la población estuvo constituida por 243 mujeres en periodo de lactancia aten-

didadas en las unidades de primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria número II durante la pandemia por COVID-19 en Ciudad Juárez, Chihuahua, México; sobre una muestra de 147 mujeres y muestreo por conveniencia. La muestra fue obtenida del censo de mujeres que acuden a control de puerperio y lactancia de la Jurisdicción Sanitaria, el cual contiene datos de identificación (número telefónico particular y móvil) y localización (dirección del domicilio particular). Se eliminaron un total de 96 mujeres que no cumplieron criterios de selección: no se encontraron datos para su identificación y localización actualizada, de igual manera en el caso de mujeres que de forma irregular o poco frecuente utilizaban redes sociales y mujeres que desconocían el acceso y uso de servicios de internet.

Los cuestionarios se recogieron entre el 1 de junio de 2020 al 30 de junio del mismo año (un mes); se realizaron mediante aplicación de la encuesta por vía telefónica. Las llamadas, efectuadas desde número personal de la entrevistadora, se dirigieron a los números personales (teléfono móvil) otorgados por las usuarias, en un horario entre las 16 y 20 horas.

Se aplicaron dos instrumentos: cédula de datos sociodemográficos y el instrumento BSES-SF, *Breastfeeding Self-Ef-*

ficacy Scale (Escala de Autoeficacia en la Lactancia Materna) de Cindy-Lee Dennis⁷.

La autoeficacia para amamantar traduce la confianza de la madre respecto a su capacidad para amamantar a su hijo y predice:

- Si una madre elegirá amamantar o no.
- El esfuerzo que empleará en la tarea.
- Si tendrá patrones de pensamiento automejoradores o contraproducentes.
- La respuesta emocional a las dificultades que se le presenten en el proceso de amamantamiento.

La autoeficacia para amamantar está influenciada por cuatro fuentes principales de información (Figura 1):

- Logros de desempeño (p. ej.: experiencias pasadas de amamantamiento).
- Experiencias vicarias (p. ej.: ver a otras mujeres amamantar).
- Persuasión verbal (p. ej.: aliento de otras personas influyentes, como amigos, familiares y asesores de lactancia).
- Respuestas fisiológicas (p. ej.: fatiga, estrés, ansiedad)⁸.

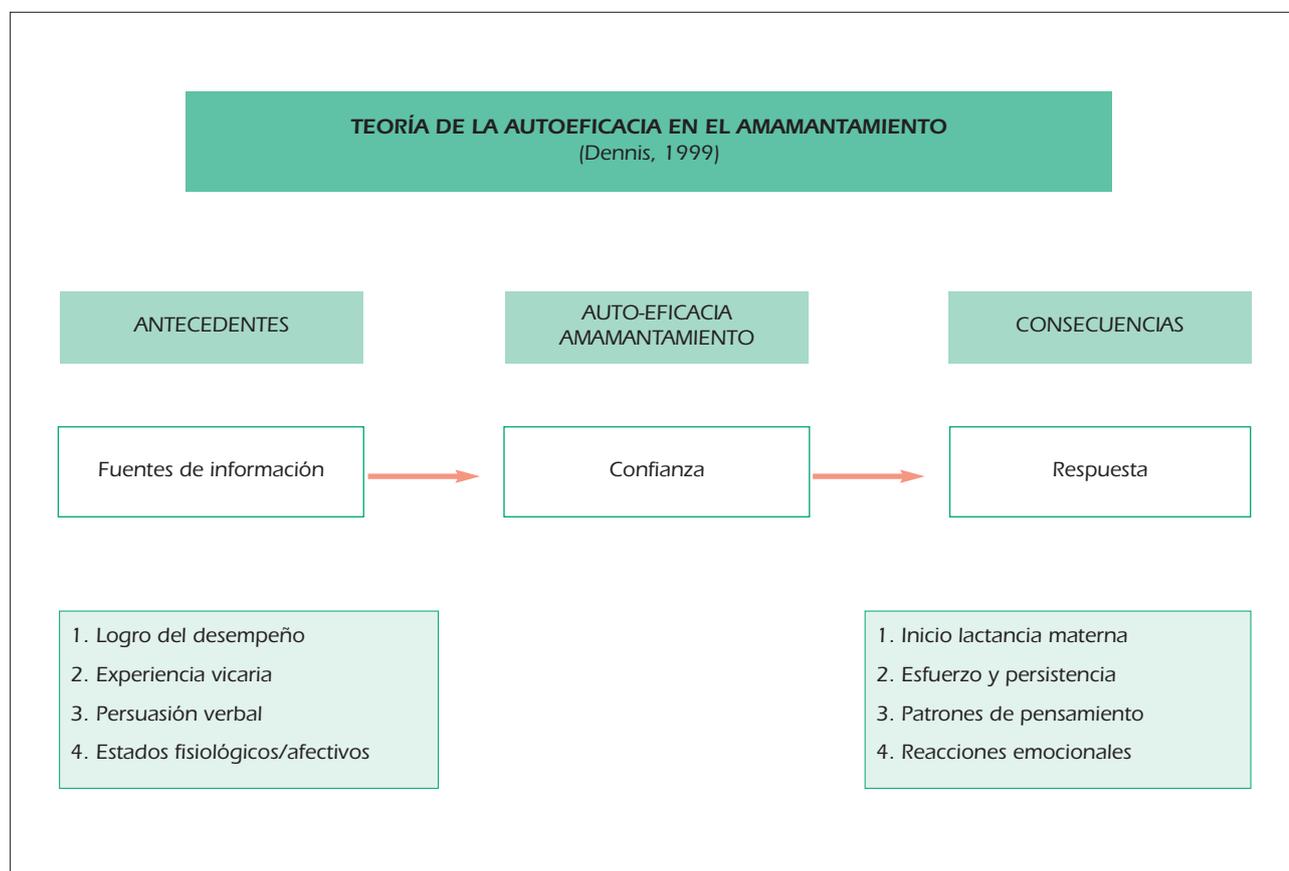


Figura 1. Esquema de la Teoría de la autoeficacia en el amamantamiento⁸

La encuesta (BSES-SF) estaba conformada por 14 ítems, agrupados en dos categorías: técnica y pensamientos intrapersonales, para el análisis se dividieron en nueve dimensiones (Anexo 1).

Consideraciones éticas

Previamente se pidió el Consentimiento Informado a todas las participantes.

Resultados

El 80,3% profesaba la religión católica, el 84% tenía estudios a nivel de preparatoria, el 64,6% se dedicaba al hogar, el

76,9% era soltera, el 8,8% presentaba preclamsia, el 56,5% recibió poca información por televisión, el 83,7% recibió por internet valiosa información, el 65,3% bastante información por WhatsApp, el 78,2% por Twitter, el 99,3% por Facebook, el 92,5% por Instagram, el 98,6% a través de grupos de autoayuda, el 94,6% obtuvo información de COVID-19 por TV, el 96,6% recibió información por internet de LM, el 68% ha recibido asesoría de LM por WhatsApp, el 40,8% por Instagram, el 90,5% recibió información semanalmente de LM, el 72,8% de cinco a siete veces información de LM por internet, el 61,9% semanalmente recibió por WhatsApp, el 85,7% Twitter, el 99,3% Facebook, el 91,2% recibió orientación sobre agarre y posicionamiento, el 59,9% sobre LM y COVID-19 (Gráfico 2, 3, 4 y 5).

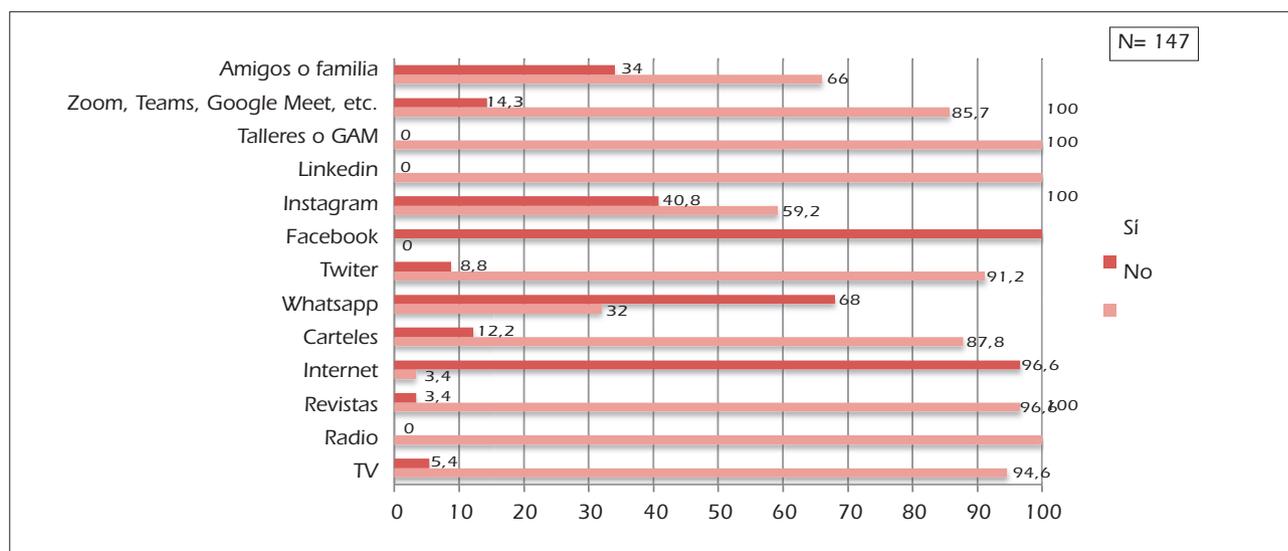


Gráfico 2. Medios utilizados para información y asesoramiento sobre la lactancia

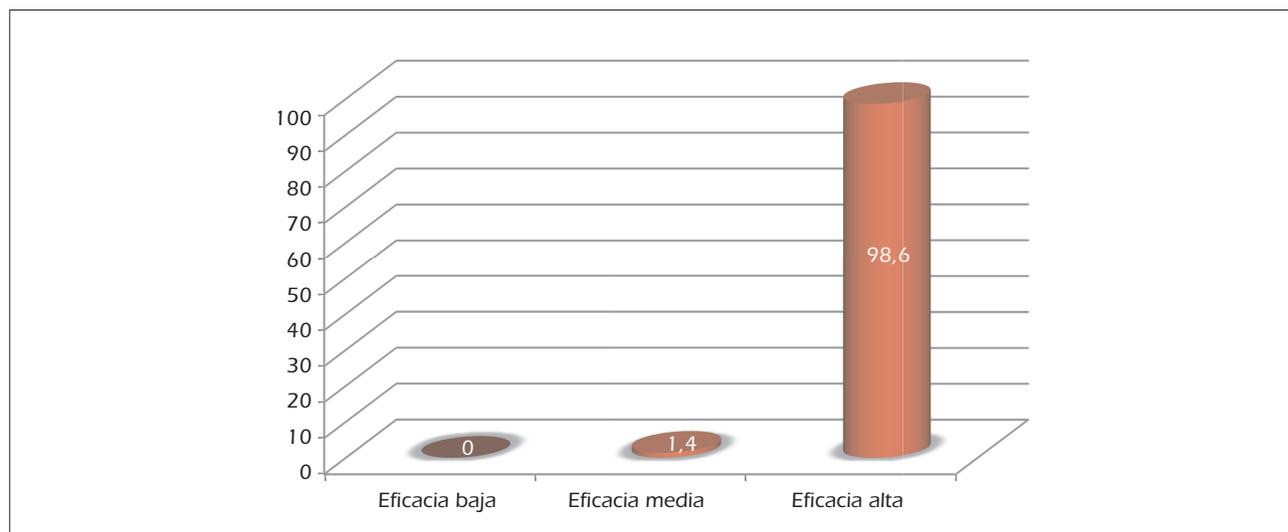


Gráfico 3. Grado de autoeficacia en lactancia materna percibida por las madres

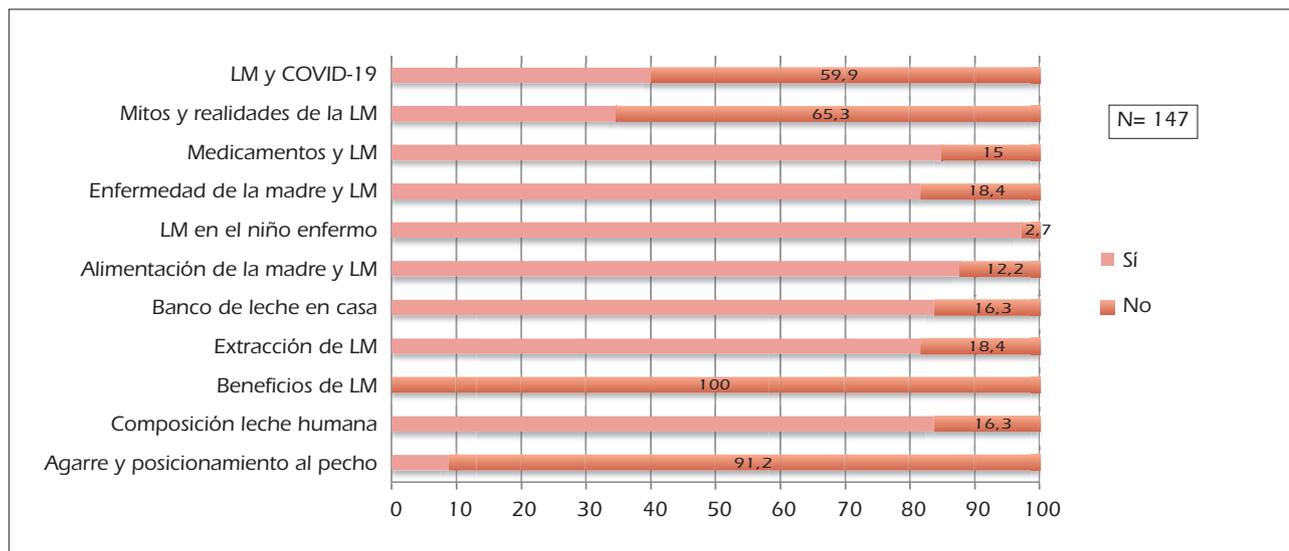


Gráfico 4. Información buscada por las madres sobre temas de lactancia

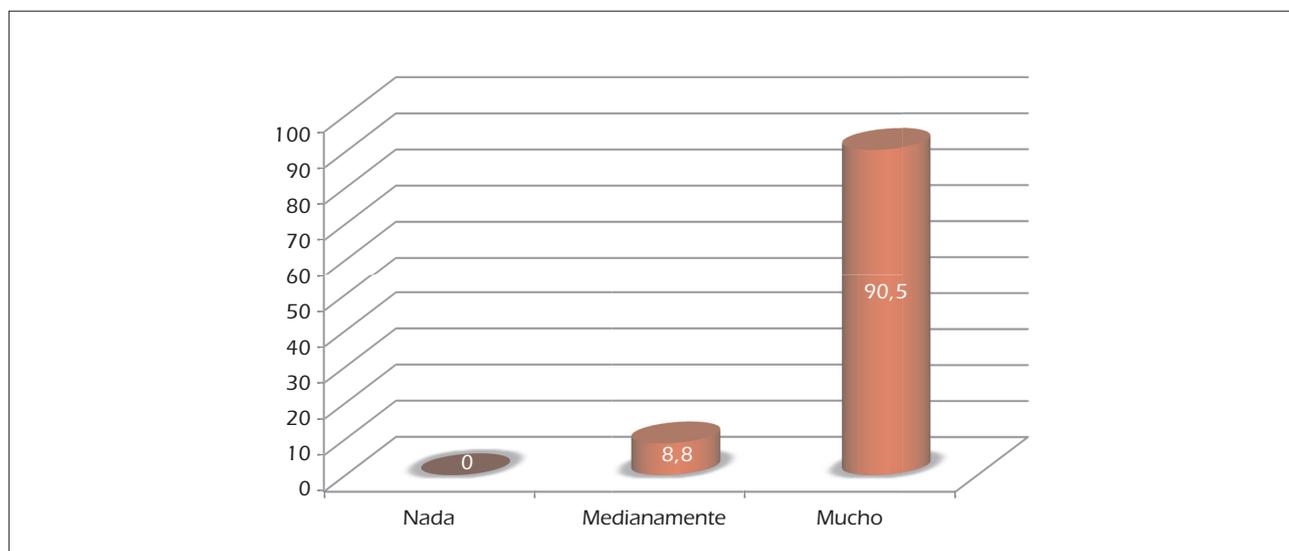


Gráfico 5. Influencia positiva de la información recibida por redes sobre las prácticas de amamantamiento

Conclusiones

Se concluye que ha existido una eficacia alta (98,6%) relativa a la influencia de redes sociales dirigidas por profesionales de la salud para la autoeficacia de la lactancia materna en tiempos de COVID-19, y en general, la información sobre lactancia obtenida por esta vía tuvo una influencia del 90,5% en la lactancia materna según percepción de madres.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Gobierno de México. La partería profesional en México ¿hacia dónde va? INSP [internet] 26 agosto 2020 [citado 17 jul 2022]; 15:47:15. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/4315-seminario-parteria-insp.html>
2. Freyermuth Enciso MG. Los caminos para parir en México en el siglo XXI Experiencias de investigación, vinculación, formación

- y comunicación [internet]. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2018 [citado 14 jul 2022]. Disponible en: https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/09/Los-caminos-para-parir-en-Me%CC%81xico_Formacio%CC%81n_29nov_web.pdf
3. Tinoco Marquina A, Caswell-Pérez A. Lactancia y Maternidad en México. Retos ante la inequidad [internet]. Fundación Mexicana de Apoyo Infantil, A. C. Save the Children, México [citado 17 jul 2022]. Disponible en: <https://docer.com.ar/doc/x558e81>
 4. Dirección General de Información en Salud (2018-2021). Cubos dinámicos de servicios otorgados [internet]. Dirección General de Información en Salud [citado 17 jul 2022]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html
 5. INEGI. Característica de los nacimientos registrados en México durante 2020. Comunicado de Prensa. Núm. 535/21 23 de septiembre de 2021. INEGI [internet] [citado 17 jul 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/NamtosRegistrados2020.pdf>
 6. Morales López S, Colmenares Castaño M, Cruz-Licea V, Iñárritu Pérez MC, Maya Rincón N, Vega Rodríguez A, et al. Recordemos lo importante que es la lactancia en México. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [internet] 2022 [citado 17 jul 2022]; 65 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&tid=S0026-17422022000200003
 7. Dennis C-L. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES) and psychometrically assess the revised BSES-Short Form. *JOGNN Clinical Research* [internet] 2003 [citado 17 jul 2022]; 3(6):734-44. Disponible en: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)34130-7/pdf](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)34130-7/pdf)
 8. Dennis C-L. Theoretical Underpinnings of Breastfeeding Confidence: A Self-Efficacy Framework. *Journal of Human Lactation*. 1999; 15(3):195-201. Doi: <http://doi.org/10.1177/089033449901500303>
 9. Dirección General de Información en Salud. (2018-2021). Cubos dinámicos de servicios otorgados [internet]. Dirección General de Información en Salud [citado 17 jul 2022]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html
 10. Dirección General de Información en Salud. (2018-2021). Cubos dinámicos de nacimientos [internet]. Dirección General de Información en Salud [citado 17 jul 2022]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html

Anexo I. Cuestionario

Gracias por aceptar participar en nuestra investigación titulada Autosuficiencia en la educación de lactancia materna a través de redes sociales en tiempos de COVID-19. A continuación, se presentan distintas preguntas que nos permitirán conocerle a usted y la manera en que obtiene información referente a lactancia materna durante la pandemia por COVID-19. Los datos que usted proporcione serán manejados con discreción y responsabilidad.

Instrucciones: favor de marcar con una X en los recuadros () según corresponda la respuesta a la pregunta. Su honestidad es importante para que los datos obtenidos sean confiables.

1. Edad: _____

2. Religión

Católica Cristiana Testigo de Jehová Santos de los últimos días
 Ninguna Otra: _____

3. Último grado de la escuela cursado

Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta
 Secundaria completa Preparatoria completa Preparatoria incompleta
 Profesional Posgrado

4. ¿A qué se dedica?

Hogar Trabajo Estudio Estudio y trabajo

5. Estado civil

Casada Soltera Separada Divorciada Viuda

6. Edad del bebé

< 6 meses 6 a 12 meses 13 a 18 meses 19 a 24 meses

7. N° de hijos vivos

1 2 3 4 o más

8. ¿Ofreció lactancia materna al hijo anterior?

Sí No

9. ¿Por cuánto tiempo?

10. Semanas de embarazo al momento del parto/cesárea de su último hijo

<32 32-34 35-36 37-41 >41

11. La resolución de su embarazo fue mediante

Parto vaginal Cesárea

12. ¿Tuvo alguna complicación durante su parto/cesárea o puerperio por la cual su bebé y usted tuvieron que ser separados?

Ninguna Hemorragia Pre eclampsia/eclampsia Infección
 Enfermedad respiratoria Otra _____

13. ¿Usted ha sido sospechosa o confirmada para la enfermedad por COVID-19?

Sí No Sospechosa Confirmada

14. Fecha exacta o aproximada de sospecha o confirmación de la enfermedad

15. ¿Se encuentra aún en tratamiento?

Sí No

16. Si fue sospechosa o confirmada la enfermedad ¿suspendió la lactancia?

Sí No

17. Si suspendió la lactancia, ¿cual fue el motivo?

Orden médica Decisión personal Por el tratamiento
 Malestar relacionado con la enfermedad Miedo a contagiar a su bebé Otra

18. Durante su embarazo, ¿recibió información referente al inicio y sostén de la lactancia materna?

Sí No

19. En caso de que su respuesta sea Sí, ¿en dónde recibió la información?

Centro de Salud Hospital Consultorio privado Asesora privada
 Cursos digitales Grupos de ayuda mutua
 Internet (especifique nombre de la páginas) _____
 Otro _____

20. ¿En cuáles de las siguientes redes sociales tiene usted cuenta vigente?

Facebook Twitter Instagram LinkedIn Otro _____

21. ¿Hace cuánto tiempo cuenta con cada una de las cuentas de las redes sociales seleccionadas?

22. ¿Mediante qué dispositivo accede a las redes sociales seleccionadas?

Teléfono celular Computadora Tablet Otro _____

23. ¿Cuánto tiempo a la semana dedica a permanecer en dichas redes?

<5 horas 5 a 10 horas 11 a 15 horas 16 a 20 horas > 20 horas

24. Durante la pandemia por COVID-19 (febrero 2020 a la actualidad) ¿ha utilizado algún servicio de videoconferencia o programa académico en línea?

Sí No

25. Si su respuesta es sí. ¿Mediante qué plataforma ha accedido a ellas durante la pandemia por COVID-19 (febrero 2020 a la actualidad)?

Zoom Teams Google Meets You tube Otro: _____

26. Durante la pandemia por COVID-19 (febrero 2020 a la actualidad), cuando usted requiere información a través de qué fuente?

Periódico/revistas

Internet, páginas y sitios especializados

Centro de salud/hospitales

Carteles/trípticos

Médicos, enfermeras, parteras, promotores de la salud, profesionales de lactancia humana que comparten información por redes sociales

Amigos/familiares

Otro: _____

27. ¿En qué fuente de información confía más?

Periódico/revistas

Internet, páginas y sitios especializados

Centro de salud/hospitales

Carteles/trípticos

Médicos, enfermeras, parteras, promotores de la salud, profesionales de lactancia humana que comparten información por redes sociales

Amigos/familiares

Otro: _____

28. En su opinión, ¿qué tan útil es cada una de las siguientes opciones para obtener información relacionada con lactancia materna durante la pandemia por COVID-19? (febrero 2020 a la actualidad). Marque con una x su respuesta.

	Mucho	Poco	Nada
TV			
Radio			
Revistas			
Internet			
Carteles			
Whatsapp			
Twitter			
Facebook			
Instagram			
Linkedin			
Talleres o grupos de ayuda mutua presenciales			
Talleres o grupos de ayuda mutua mediante Zoom, Teams, Google meet, etc.			
Amigos o familia			

29. Durante la pandemia por COVID-19 (febrero 2020 a la actualidad) ¿por medio de cuáles de las siguientes fuentes ha recibido información o asesoramiento sobre prácticas de lactancia materna? Marque con una x su respuesta (puede elegir varias opciones)

TV	
Radio	
Revistas	
Internet	
Carteles	
Whatsapp	
Twitter	
Facebook	
Instagram	
Linkedin	
Talleres o grupos de ayuda mutua presenciales	
Talleres o grupos de ayuda mutua mediante Zoom, Teams, Google meet, etc.	
Amigos o familia	

30. Frecuencia con la que recibió semanalmente información referente a lactancia materna por los siguientes medios durante la pandemia por COVID-19 (febrero 2020 a la actualidad). Marque con una X la opción seleccionada.

TV	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2-4 veces	<input type="checkbox"/> 5-7 veces
Radio	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2-4 veces	<input type="checkbox"/> 5-7 veces
Revistas	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2-4 veces	<input type="checkbox"/> 5-7 veces
Internet	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2-4 veces	<input type="checkbox"/> 5-7 veces
Carteles	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2-4 veces	<input type="checkbox"/> 5-7 veces
Whatsapp	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2-4 veces	<input type="checkbox"/> 5-7 veces
Twitter	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2-4 veces	<input type="checkbox"/> 5-7 veces
Facebook	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2-4 veces	<input type="checkbox"/> 5-7 veces
Instagram	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2-4 veces	<input type="checkbox"/> 5-7 veces
Linkedin	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2-4 veces	<input type="checkbox"/> 5-7 veces
Talleres o grupos de ayuda mutua presenciales	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2-4 veces	<input type="checkbox"/> 5-7 veces
Talleres o grupos de ayuda mutua mediante Zoom, Teams, Google meet, etc.	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2-4 veces	<input type="checkbox"/> 5-7 veces
Amigos o familia	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2-4 veces	<input type="checkbox"/> 5-7 veces

31. ¿Sobre cuál de los siguientes temas ha recibido asesoría u obtenido información mediante redes sociales o sistemas de videoconferencia durante la pandemia por COVID-19? (febrero 2020 a la actualidad). Marque con una X las opciones seleccionadas, pueden ser más de una.

Agarre y posicionamiento al pecho	
Composición de la leche humana	
Beneficios de la lactancia materna	
Extracción de leche materna	
Banco de leche en casa	
Alimentación de la madre y lactancia materna	
Lactancia materna en el niño enfermo	
Enfermedad de la madre y lactancia materna	
Medicamentos y lactancia materna	
Mitos y realidades de la lactancia materna	
Lactancia materna y COVID-19	

Posterior a la información obtenida durante la pandemia por COVID-19 (febrero 2020 a la actualidad), través de las distintas redes sociales antes mencionadas, por favor, indique su nivel de seguridad ante las situaciones a continuación planteadas. (Marque con una X según corresponda su nivel de seguridad en cada una de las situaciones).

Pregunta	Nada segura	Poco segura	A veces segura	Segura	Muy segura
1. ¿Cuán segura te sientes para determinar si tu bebé está tomando suficiente leche del pecho?					
2. ¿Cuán segura te sientes para reconocer cuando tu bebé ha logrado un buen agarre al pecho?					
3. ¿Cuán segura te sientes para terminar de amamantar a tu bebé en un pecho, antes de cambiarle al otro?					
4. ¿Cuán segura te sientes para reconocer cuando tú bebé ha terminado de lactar?					
5. ¿Cuán segura te sientes para calmar a tu bebé cuando está llorando para poder amamantarlo?					
6. ¿Cuán segura te sientes para amamantar cómodamente con los miembros de la familia presentes?					
7. ¿Cuán segura te sientes para lactar a tu bebé sin tener que utilizar leche artificial como suplemento?					
8. ¿Cuán segura te sientes para lograr el amamantamiento de tu bebé en cada una de las tomas?					
9. ¿Cuán segura te sientes para organizar tus necesidades con la lactancia de tu hijo?					

Pregunta	Nada segura	Poco segura	A veces segura	Segura	Muy segura
10. ¿Cuán segura te sientes para enfrentarte con éxito el amamantamiento según has enfrentado otros retos en tu vida?					
11. ¿Cuán segura te sientes para manejar la situación del amamantamiento con satisfacción?					
12. ¿Cuán segura te sientes para mantener el deseo de lactar?					
13. ¿Cuán segura te sientes para sentirte satisfecha con tu experiencia de amamantar?					
14. ¿Cuán segura te sientes para enfrentar el hecho de que lactar consume tiempo?					

Posterior a la información obtenida durante la pandemia por COVID-19 (febrero 2020 a la actualidad) a través de las distintas redes sociales antes mencionadas, por favor, indique cuanto influyó de manera positiva esta información en sus prácticas de lactancia materna planteadas. (Marque con una X la opción que corresponda).

Nada Poco Medianamente Mucho

¡Muchas gracias por su participación!

¹ Nicolás Orlando Núñez-Segovia
¹ Francisca Vaitiare González Parga
¹ Sissel Paz León-Figueroa
² Felipe Calderón-Canales
³ María Angélica Alliende-Rodríguez

Asesoramiento genético en el control preconcepcional y prenatal: una apuesta para el desarrollo en las competencias de matronas

¹ Licenciada/o en Obstetricia y Matronería. Universidad San Sebastián. Santiago (Chile).

² Magíster en Salud Pública. Académico Carrera de Obstetricia y Matronería, Universidad San Sebastián. Santiago (Chile).

³ M.Sc. en Genética, Profesora Asociada INTA U. de Chile. Académica Carrera Obstetricia y Matronería. Universidad San Sebastián. Santiago (Chile).

E-mail: nicolasnunezsegovia@gmail.com

Fecha de recepción: 15 de agosto de 2022.

Fecha de aceptación: 30 de agosto de 2022.

Cómo citar este artículo:

Núñez-Segovia NO, González Parga FV, León-Figueroa SP, Calderón-Canales F, Alliende-Rodríguez MA. Asesoramiento genético en el control preconcepcional y prenatal: una apuesta para el desarrollo en las competencias de matronas. *Matronas Hoy* 2022; 10(2):47-55.

Resumen

Objetivo: promover el asesoramiento genético por parte de las matronas. Como objetivos específicos: analizar los aspectos del asesoramiento genético en el control preconcepcional y prenatal impartido por las matronas en el ámbito internacional, analizar la percepción de las matronas sobre el asesoramiento genético y/o consejería genética y conocer los principales aportes del asesoramiento genético a la Salud Pública.

Metodología: revisión bibliográfica (2010-2020) en fuentes de investigación primarias, sobre el tema del asesoramiento genético en el control preconcepcional y prenatal con participación internacional de matronas.

Resultados: la bibliografía analizada informa de aspectos y contenidos del asesoramiento genético en controles preconcepcionales y prenatales y de aportes del asesoramiento genético a la Salud Pública en diferentes países, poniendo de manifiesto la idoneidad de la matrona con suficiente formación para adoptar el rol del asesor genético, dentro de las atenciones preconcepcionales y prenatales que realizan.

Conclusiones: el asesoramiento genético mejora las expectativas de las usuarias de edad materna avanzada en posibles embarazos, así como la percepción de riesgo ante potenciales o actuales embarazos con factores de riesgo o resultados prenatales anormales. La comunicación es clave para ofrecer asesoramiento genético adecuado. Es preciso mejorar la formación en genética de las matronas, habida cuenta de su rol estratégico para esta acción.

Palabras clave: prevención; asesoramiento preconcepcional; prenatal asesoramiento; consejo genético; matronas; salud reproductiva; pruebas genéticas; diagnóstico prenatal.

Abstract

Genetic counselling in preconception and prenatal monitoring: an initiative for the evolution of midwife competencies

Objective: to promote genetic counselling by midwives. The specific objectives are: to analyse the aspects of genetic counselling in preconception and prenatal counselling offered by midwives in the international setting, to analyse the perception by midwives regarding genetic counselling, and to understand the main contributions of genetic counselling to Public Health.

Methodology: a bibliographic review (2010-2020) in primary research sources on the matter of genetic counselling in preconception and prenatal monitoring with international participation of midwives.

Results: the bibliography analysed informs about aspects and contents of genetic counselling in preconception and prenatal monitoring, and about contributions by genetic counselling to the Public Health in different countries, highlighting the competence of midwives with adequate training in genetics to take the role of genetic counsellors within their preconception and prenatal care activities.

Conclusions: genetic counselling improves the expectations by patients with advanced maternal age for potential pregnancies, as well as the perception of risk when faced with potential or current pregnancies with abnormal risk factors or prenatal results. Communication is a key factor in order to offer adequate genetic counselling. It is necessary to improve the genetics training of midwives, considering their strategic role for this action.

Key words: prevention; preconception counselling; prenatal counselling; genetic counselling; midwives; reproductive health; genetic tests; prenatal diagnosis.

Introducción

La profesión de asesoramiento genético, igualmente denominada en otros países, comenzó hace casi 50 años (1969) en los EE.UU. y ha tenido una expansión global en los últimos 30 años, desde principios de la década de 1990; sin embargo, se ha producido una transición desde el asesoramiento genético proporcionado únicamente como parte del papel de los médicos (a menudo, pero no siempre, médicos genetistas) hacia una profesión de salud aliada internacional que se ocupa de las condiciones hereditarias. Se estima que, actualmente, hay en 28 países unas 7.000 personas que trabajan como asesores genéticos. De hecho, hay algunos países en Europa (y más allá) donde el asesor genético tiene una profesión reconocida (p. ej.: el Reino Unido, España, Francia, EE.UU. o Australia), pero desafortunadamente esto no es una realidad en el mundo¹.

La sociedad de asesores genéticos de EE.UU. ha definido el asesoramiento genético como el proceso de ayudar a las personas a entender y adaptarse a las implicaciones familiares, psicológicas y médicas que conlleva el diagnóstico genético de una enfermedad específica². En 1997, Abramski y Chapple, en el Reino Unido³, mencionaron que la participación de las matronas dentro del asesoramiento genético ejerce un rol fundamental en cuanto a la información entregada a las pacientes en estado preconcepcional o prenatal³. En Chile, el Ministerio de Salud (MINSAL) define el control preconcepcional y prenatal como acciones básicas para el control de la gestación, incluyendo la detección de malformaciones congénitas y/o alteraciones cromosómicas⁴.

Carroll et al.⁵, en 2009, plantearon que es primordial ofrecer educación genética en la Atención Primaria, respetando las creencias, expectativas y cultura de la población. Sin embargo, en México, como en la mayoría, este cometido aún no es realidad, puesto que los programas de educación genética para las carreras de la salud están lejanos de alcanzar los estándares propuestos.

Objetivos

Objetivo general

Promover el cambio de la consejería genética que se realiza en los controles preconcepcionales y prenatales a un asesoramiento genético brindado por las mismas matronas y en el mismo nivel de atención.

Objetivos específicos

- Analizar los aspectos del asesoramiento genético en el control preconcepcional y prenatal impartido por las matronas en el ámbito internacional.
- Analizar la percepción de las matronas en el ámbito internacional sobre el asesoramiento genético y/o consejería genética.

- Revisar los principales aportes del asesoramiento genético a la Salud Pública.

Metodología

En este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando fuentes de investigación primarias, que permitieron recopilar, analizar y sintetizar evidencia sobre el tema del asesoramiento genético en el control preconcepcional y prenatal efectuado por matronas en el ámbito internacional, entre los años 2010 y 2020. Excepcionalmente se ha admitido un artículo del 2009 por la validez de sus resultados y se han consultado otros dos anteriores a las fechas, por limitarse a definiciones generales que no han variado en el tiempo.

La búsqueda se llevó a cabo en seis bases de datos electrónicas: EBSCO, Elsevier, Google Académico, PUBMED, Taylor & Francis y Wiley.

La selección se limitó a los documentos que abordan el asesoramiento genético en las consultas preconcepcionales y prenatales impartido por las matronas, también se incluyeron artículos en donde se define el asesoramiento genético y la labor de las matronas en genética, adicionalmente se seleccionaron otras fuentes de información como guías, normativas y manuales de atención clínica pertenecientes a Chile.

La búsqueda se hizo en inglés, francés, italiano y español, se descartaron todos aquellos que presentaban un idioma diferente.

Los descriptores del tesoro utilizados para la búsqueda bibliográfica fueron: "*Genetic counseling*", "*Midwives of midwives*", "*Genetic counselor*", "*Genetic*", "*Perinatal*", "*Prenatal*", "*Preconception*" y su traducción en español: "Asesoramiento genético", "Matronas o parteras", "Consejero genético", "Genética", "Perinatal", "Prenatal", "Preconcepcional", que para fines de esta investigación concuerdan con las palabras claves. Los operadores booleanos empleados fueron "AND/OR", se aplicaron filtros de tiempo e idioma.

A continuación se seleccionaron los documentos por el título y resumen de interés para esta investigación. Para concluir, se hizo una lectura y análisis de la utilidad de los diferentes documentos seleccionados (Figura 1):

Resultados

A. Asesoramiento genético en los controles preconcepcionales y prenatales (Cuadro 1).

B. Aportes del asesoramiento genético a la Salud Pública (Cuadro 2).

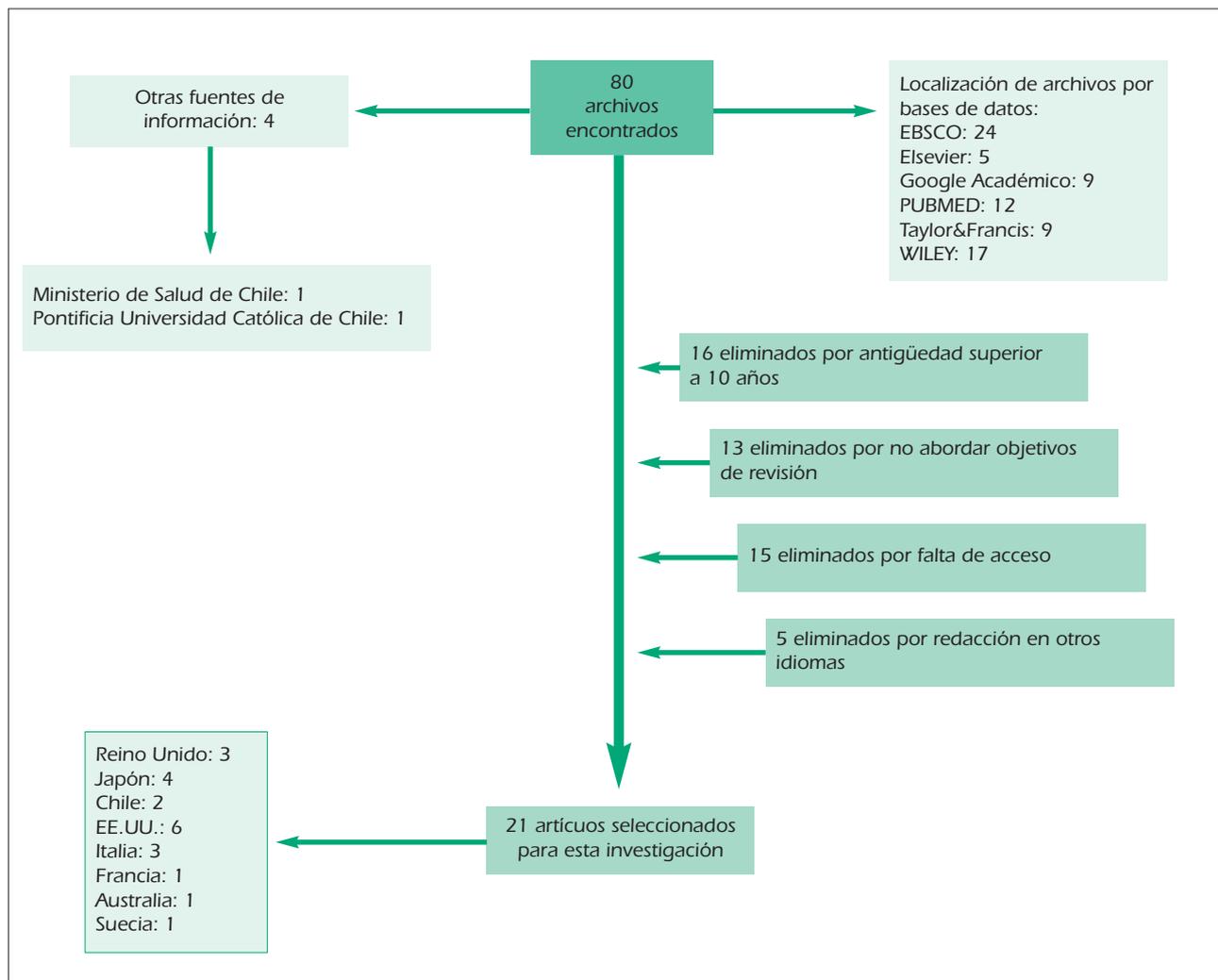


Figura 1. Cronograma de búsqueda

Cuadro 1. Asesoramiento genético en los controles preconcepcionales y prenatales	
Documento	Asesoramiento genético en controles preconcepcionales y prenatales
<p><i>It's challenging on a personal level, exploring the 'lived experience' of Australian and Canadian prenatal genetic counselors.</i> Menezes et al.⁶ 2010</p>	<p>INFLUENCIA DE LA SUSCEPTIBILIDAD DEL ASESOR GENÉTICO EN LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN</p> <p>El estudio concluyó que las asesoras genéticas son más propensas a realizar pruebas genéticas invasivas durante sus propios embarazos sin indicación médica. Las razones de esto serían: por un lado, que les afecta la frecuencia con que ven este tipo de trastornos genéticos, lo cual las hace más susceptibles a creer que algo malo sucederá con sus embarazos. Por otro lado, se añade, a esta elección diagnóstica, la información que ellas mismas conocen y ofrecen al respecto, así como su mayor accesibilidad a estos diagnósticos por trabajar justamente en esa área</p>

Cuadro 1. Asesoramiento genético en los controles preconcepcionales y prenatales (continuación)

Documento	Asesoramiento genético en controles preconcepcionales y prenatales
<p><i>Prenatal screening and counseling for genetic disorders, Italia. The journal of maternal -fetal & neonatal medicine. Maurotti et al.</i>⁷ 2013</p>	<p>CONSEJERÍA GENÉTICA PARA IDENTIFICACIÓN DE RIESGO</p> <p>Estudio retrospectivo de asesoramiento genético en parejas entre los años 1993 al 2013, sobre un total de 1.269 diagnósticos prenatales realizados en ese periodo. Los resultados mostraron que las pruebas de diagnóstico prenatal utilizadas fueron la amniocentesis en un 14,9% y las vellosidades coriales en un 85,1% de los casos. Las enfermedades de diagnóstico genético encontradas fueron: 41,6% betatalasemia, 15,1% fibrosis quística y en 43,3% de los casos otros trastornos genéticos raros. Los portadores del mismo trastorno autosómico recesivo generalmente desconocen la aparición de las enfermedades genéticas en los niños. El cribado parental está disponible para muchas enfermedades graves y raras cuyo origen genético es conocido. La proporción de pacientes remitidos por indicaciones de muy alto riesgo aumentó con el tiempo con una mayor demanda de enfermedades raras. Una consejería adecuada es fundamental para identificar a las mujeres en riesgo de tener un hijo afectado</p>
<p><i>Genetic counseling: A survey to explore knowledge and attitudes of Italian nurses and midwives. Italia. Nursing and Health sciences. Godino et al.</i>⁸ 2013</p>	<p>NECESIDAD DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS DE MAYOR FORMACIÓN EN GENÉTICA</p> <p>Está claro a partir de los hallazgos de este estudio que la mayoría de las enfermeras del mismo no tenían una percepción clara del asesoramiento genético y solo poseían un conocimiento parcial de los problemas relacionados con la atención genética de la salud. Esto podría deberse a que solo una minoría estudió genética médica (relacionada con la enfermedad genética, en lugar de conceptos genéticos puramente científicos) en sus cursos de enfermería, aunque el contenido principal de la genética médica se abordó como un componente de otros temas. Además, hubo una marcada ausencia de formación de posgrado en genética para enfermeras</p>
<p><i>Patient-Centered Prenatal Counseling: Aligning Obstetric Healthcare Professionals With Needs of Pregnant Women, EE.UU. Women and health, Taylor and Francis. Farrel et al.</i>⁹ 2015</p>	<p>CONDICIONANTES PARA DIRIGIR UN CONSEJO GENÓTICO EFICAZ</p> <p>El estudio realizado por Farrel, en 2015, evaluó cómo los profesionales de salud aconsejaban a las mujeres sobre las pruebas de diagnósticos de patologías genéticas durante el primer trimestre en las consultas prenatales; los resultados de esta investigación pusieron de manifiesto los siguientes temas: 1. Importancia de identificar los niveles de conocimientos y práctica en la aplicación de las pruebas de diagnóstico de patologías genéticas. 2. Necesidad de conocer las necesidades educativas de las mujeres embarazadas. 3. Necesidad de conocer las preferencias de las mujeres acerca de la toma de decisiones</p>
<p><i>Components of genetic counsellor education: A systematic review of the peer-reviewed literatura. J Community Genet. Ingvaldstad et al.</i>¹⁰ 2015</p>	<p>CAPACITACIÓN Y ACCESO PARA FORMACIÓN COMO ASESOR GENÓTICO</p> <p>Una de las cuestiones clave que surgen de esta revisión es la necesidad de que la educación a nivel de maestría esté disponible para la capacitación de asesores genéticos. Los resultados indican que, en la mayoría de los casos, los componentes teóricos de los programas de asesoramiento genético se ajustan a las recomendaciones y requisitos de los organismos profesionales pertinentes. Sin embargo, la preparación clínica de los asesores genéticos en entornos de práctica profesional de la vida real parece estar menos abordada, y es esencial para garantizar que los asesores genéticos puedan brindar una atención segura al paciente después de graduarse. Pese a que algunos de los programas combinaron educación formal con más capacidad clínica, se desconoce la forma y duración de cada una de las prácticas clínicas de los</p>

Cuadro 1. Asesoramiento genético en los controles preconcepcionales y prenatales (continuación)

Documento	Asesoramiento genético en controles preconcepcionales y prenatales
	<p>distintos programas. Se necesita más colaboración para producir estándares internacionales acordados, fomentando la comunicación y la colaboración entre los proveedores de programas de asesoramiento genético, recopilando información y comparando diferentes programas, y a partir de eso, crear un consenso internacional sobre los resultados del aprendizaje y los sistemas de registro.</p> <p>Los autores de la mayoría de los artículos indicaron que los estudiantes del programa deben tener una licenciatura o una licenciatura en ciencias o ciencias de la salud o enfermería como candidatos idóneos</p>
<p><i>Outcomes in Continuing Pregnancies Diagnosed with a Severe Fetal Abnormality and Implication of Antenatal Neonatology Consultation: A 10-Year Retrospective Study, Francia. Fetal and pediatric pathology. Hostarely et al.</i>¹¹ 2017</p>	<p>CONSEJO GENÉTICO Y DECISIÓN DE CONTINUAR EL EMBARAZO CON PATOLOGÍA FETAL GRAVE</p> <p>En Francia, desde el año 2006, se estableció por decreto que los equipos multidisciplinarios de diagnóstico prenatal deben contar con un asesor genético, el cual toma relevancia en las atenciones brindadas durante el control preconcepcional y prenatal. La función del asesor genético es recolectar los datos de la gestación como: edad materna, gravidez, paridad, edad gestacional en semanas, fecha de cuando se descubrió la anomalía fetal, pruebas adicionales y consultas obstétricas realizadas anteriormente. La elección de continuar un embarazo diagnosticado con patología fetal grave está en aumento en Francia. Las opciones de tratamiento apuntan a estandarizar los cuidados paliativos perinatales proporcionados por profesionales perinatales capacitados que utilizan prácticas estandarizadas</p>
<p><i>Developing competencies in genetics nursing: Education intervention for perinatal and pediatric nurses. Nurs Health Sci. Murakami et al.</i>¹² 2020</p>	<p>TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN COMPLETA, ADECUADA Y EFICAZ DE UNA FORMA SENSIBLE, SOBRE LA BASE DEL CONOCIMIENTO PROFESIONAL ADECUADO</p> <p>Estudio descriptivo realizado en el Hospital Universitario Yamaguchi, Japón, en el que se entrevistaron a mujeres gestantes de edad avanzada preguntándoles acerca de cuál fue su experiencia con la información genética ofrecida durante sus embarazos. Los investigadores concluyeron que una percepción errónea de riesgos puede llevar a las mujeres a buscar intervenciones más invasivas de las requeridas, ya que tienen una percepción incorrecta de sus propios riesgos. La paciente tiene el derecho de recibir información clara para poder tomar conciencia de dichos riesgos. Médicos, matronas y enfermeras deberían brindar información más adecuada y eficaz de una forma sensible.</p> <p>Las enfermeras deben estar debidamente capacitadas en genética para brindar atención clínica basada en las mejores prácticas para pacientes y familias. Se recopilaron datos cuantitativos y cualitativos de una muestra de enfermeras y estudiantes de tres universidades de Japón antes y después de completar un taller de nivel inicial sobre enfermería genética basada en competencias. Los participantes informaron un mayor conocimiento genético percibido y confianza clínica. A pesar de que más del 90% de los participantes informó que entendían los conocimientos genéticos subyacentes, su confianza y los aspectos éticos de la enfermería genética no fueron promovidos después del seminario. En cambio, los reflejos, codificados en tres categorías, mostraron que reconocían las necesidades de las familias en cuanto a apoyo psicológico, toma de decisiones familiares y protección y privacidad, y sugirieron que las enfermeras habían experimentado un cambio profundo en la comprensión de estos temas. Aunque indicaron que un solo seminario fue insuficiente, los hallazgos del estudio serán útiles para desarrollar materiales educativos sobre genética tanto para estudiantes como para enfermeras</p>

Cuadro 1. Asesoramiento genético en los controles preconcepcionales y prenatales (continuación)

Documento	Asesoramiento genético en controles preconcepcionales y prenatales
<p><i>Building awareness on genetic counselling: the launch of Italian Association of Genetic Counsellors (AlGeCo). Journal of Community Genetics. Crimi et al.¹³ 2020</i></p>	<p>APOYO A LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA CONSEJERÍA GENÉTICA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>La Asociación Europea de Genética Humana y la red EUROAGENTEST, durante el año 2020, llegaron al consenso de que la clave para mejorar la prestación de salud relacionada con la aplicación de pruebas genéticas en Europa se relaciona directamente con la formación impartida a los profesionales de la salud, debiendo ser esta la adecuada y actualizada. Por su parte, la Asociación Italiana de Consejeros Genéticos establecida en 2019 se compromete a abogar por el papel de los asesores genéticos en Italia y a "llamar a reconocer" que la Consejería genética debe emplearse en la práctica clínica diaria de los centros de salud, ya que puede tener un papel fundamental para ayudar a los pacientes a ser más autónomos en la toma de decisiones con respecto a su salud genética</p>
<p><i>Evolution of a prenatal genetic clinic- A 10 years cohort study, Reino Unido. Prenatal diagnosis ISPD, Wiley. Mone et al.¹⁴ 2020</i></p>	<p>IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO GENÉTICO UNIFICADOR</p> <p>En Reino Unido, específicamente en el centro de salud de medicina fetal y fundación NHS para mujeres y niños en Birmingham, se evaluó la proporción de mujeres en las que se obtuvo un diagnóstico genético unificador después de la evaluación de un patrón observado de anomalías fetales y tras evaluar las tendencias en las pruebas genéticas en una clínica genética conjunta de medicina fetal</p>

Cuadro 2. Aportes del asesoramiento genético a la Salud Pública

Documento	Aportes del asesoramiento genético a la Salud Pública
<p><i>Genetics education program to help public health nurses improve their knowledge and enhance communities' genetic literacy: a pilot study. Japon. BMC nursing¹⁵ 2021</i></p>	<p>ROL ESTRATÉGICO DE ENFERMERAS Y MATRONAS EN LA ALFABETIZACIÓN Y CONSEJERÍA GENÉTICA</p> <p>Rol estratégico de enfermeras y enfermeros en la alfabetización genética, entregando herramientas educativas en el contexto de la Salud Pública.</p> <p>En Japón, la información genética requiere del desarrollo de un código ético para que genere conciencia pública, y así, se utilice con ética. La alfabetización genética nace del término alfabetización científica y se define como "la capacidad de utilizar el pensamiento científico con fines personales y sociales en relación con la genómica y las enfermedades genéticas", con la finalidad de proporcionar educación genética a través del sistema escolar. Los profesionales enfermeros y enfermeras tienen el potencial para ayudar a los pacientes a obtener conocimientos sobre genética, pero en la práctica no lo hacen a menudo. Los profesionales han notado que los aspectos genéticos del asesoramiento en la atención médica deben cubrirse además de los factores ambientales y socioeconómicos, proporcionando una explicación más clara y razonable de los riesgos de la enfermedad</p>

Cuadro 2. Aportes del asesoramiento genético a la Salud Pública (continuación)

Documento	Aportes del asesoramiento genético a la Salud Pública
<p><i>Medical genetics and genetic counseling in Chile. Journal of Genetic Counseling</i>¹⁶ 2013</p>	<div data-bbox="507 455 1382 540" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>NECESIDAD DE AUMENTO DEL ACCESO DE PROFESIONALES DE SALUD A ESPECIALIZACION EN GENÉTICA</p> </div> <p>En Chile, el asesoramiento genético no es reconocido como una disciplina clínica independiente y solo es impartida por médicos especializados en genética. De los 28 genetistas clínicos que hay en Chile, el 86,7% se especializa en dismorfología y el 67,7% en diagnóstico prenatal, entre otras especialidades. Como en la mayoría de los países de América Latina, en Chile tampoco existen programas formales de postgrados en asesoramiento genético como disciplina clínica independiente. Solo existe un programa de becas de genética clínica para médicos desde el año 2004 que permanece hasta la fecha. Según el <i>Royal Collage of Physicians</i> del Reino Unido se recomienda que la proporción de genetistas clínicos por cantidad de habitantes sea de 0,75 por cada 250.000 personas. En Chile esta proporción no se cumple, ya que debería haber 49,4 especialistas y hasta el momento solo existe el 32% de lo recomendado. Debería existir un equipo multidisciplinario para la entrega de asesoramiento genético, pero los médicos consideran que esto sería una barrera más que una oportunidad, puesto que al involucrar a otros profesionales, los pacientes pueden confundirse con la información entregada por diferentes personas, contradiciendo lo dicho por el médico genetista. Existe una gran variedad de barreras para el acceso al asesoramiento y educación en genética, desde la poca cantidad de profesionales especializados en esta área, como también por el costo económico que conlleva tener asesoramiento para la población que se atiende en Salud Pública. Es necesario aumentar la educación en genética y así motivar a más profesionales a especializarse para poder brindar una mejor atención en salud desde el inicio del desarrollo</p>

Discusión

En algunos países como Francia, el asesor genético cumple la importante función de apoyar el proceso de consentimiento informado, el cual implica una profunda discusión sobre los beneficios y riesgos de las pruebas genéticas tanto fetales como maternas¹¹.

En Italia, en cambio, el asesor genético es quien asesora de manera oportuna a las familias antes y después de las pruebas genéticas, de esta forma el asesor informa de las posibles patologías que se pueden encontrar, características clínicas, resultados de test genéticos, posibles tratamientos y terapias para la alteración genética encontrada y finalmente informar y educar adecuadamente la prevalencia de afecciones concomitantes⁷.

En EE.UU. de Norteamérica, la matrona tiene un rol estratégico en la realización del asesoramiento genético debido a su plena participación en el proceso reproductivo y la atención del parto; sin embargo, la discusión sobre la entrega de asesoramiento genético se centra en el conocimiento y confianza de las matronas sobre los temas genéticos. Los resultados de una encuesta aplicada en 2012 a las matronas estadounidenses mencionan que si bien las profesionales

consideran que el asesoramiento genético es fundamental para la atención prenatal, ellas perciben que no tienen las habilidades necesarias para entregar un asesoramiento genético completo¹⁷. Siguiendo la línea teórica de Crane, Farrel, en 2015, ilustra la necesidad de estrategias dirigidas por profesionales en el asesoramiento de decisiones informadas sobre las pruebas genéticas que pueden tener impacto en la atención prenatal⁹.

De esta forma se puede ver claramente como norteamericanos y europeos incluyen según sus necesidades el rol del asesor genético dentro de las atenciones preconcepcionales y prenatales, a su vez, vislumbrando la importancia de las matronas, enfermeras-matronas en la realización de este, como componente fundamental de las atenciones profesionales.

En el Reino Unido, a mediados del 2013, se postula la idea de que la entrega de la información genética debe estar basada en los principios bioéticos y quienes cumplan el rol de proveedor de información genética en este caso, el asesor debe estar inscrito en el registro nacional de asesores genéticos y contar con certificación de sus conocimientos para asegurar el acceso seguro, eficaz y correcto de principios básicos de la genética¹⁸.

Recientemente en Japón, Kawasaki et al.¹⁵ (2020) proponen que es necesario difundir la "alfabetización genética", esto sería una medida efectiva que ayudaría a resolver el uso ético de la información genética. En general, el público encuentra cada día más información genética disponible; a menudo no se le da el uso adecuado, por lo que en vez de reportar un beneficio se convierte en una desventaja ya que aumentan las preocupaciones de la población al no contar con las herramientas necesarias para discriminar entre lo que es útil y lo que no.

Ambas medidas descritas por los investigadores de Japón y el Reino Unido están enfocadas a la utilización de la información genética con una perspectiva ética y que brinde bienestar a la población, ya sea por medio de la educación a la población en general o a través de un asesor autorizado.

En el 2010, Skirton¹⁹, del Reino Unido, menciona en su artículo las competencias de las enfermeras y matronas en genética básica. Al respecto discuten la importancia de la confianza además de los conocimientos y las habilidades que estas profesionales deben tener bajo el marco legal que exige su país. Sin embargo, al finalizar la investigación se descubre que las matronas aún no logran las competencias en genética según los estándares del Reino Unido, planteando una carencia en la realización de las actividades que requieren el conocimiento genético para su desarrollo como los controles prenatales y preconcepcionales.

Las distintas propuestas para la mejora del conocimiento genético, la confianza y las habilidades de las matronas en genética pueden ayudar con la premisa de que los profesionales de la salud deben empoderar a las mujeres gestantes para que sean conscientes de sus riesgos y alentarlas a tomar decisiones informadas según su potencial riesgo genético, premisa propuesta por Murakami²⁰ en 2016.

Conclusiones

- El asesoramiento genético mejora las expectativas de las usuarias de edad materna avanzada en posibles embarazos, ya sea en el ámbito genético, biológico, psicológico y social.
- El asesoramiento genético mejora la percepción de riesgo en posibles o actuales embarazos en caso de que existan factores de riesgo o resultados prenatales anormales.
- Una consejería adecuada es fundamental para identificar a las mujeres en riesgo de tener un hijo afectado.
- La comunicación es clave para hacer llegar a las usuarias y sus familias un asesoramiento genético adecuado.
- Se busca una mejora significativa en la educación en genética que se les ofrece a los estudiantes durante el pregrado e implementación de programas de postgrados para aquellos que busquen especializarse.

- La matrona cuenta con un rol estratégico para la realización del asesoramiento genético, ya que es el profesional sanitario que hace de "puerta de entrada" al sistema de salud para las mujeres en su gran mayoría.

Los profesionales enfermeros y enfermeras tienen el potencial para ayudar a los pacientes a obtener conocimientos sobre genética (alfabetización genética).

Financiación

Ninguna.

Conflictos de interés

Ninguno.

Bibliografía

1. Abacan MA. The Global State of the Genetic Counseling Profession. *EJHG* [internet] 2019 [citado 5 ago 2022]; 27(2):183-97. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6336871/>
2. Resta RG, Biesecker BB, Bennett RL, Blum S, Estabrooks SH, Strecker MN, et al. A new definition of Genetic Counseling: National Society of Genetic Counselors Task Force Report. *J Genet Counsel.* [internet] 2006 [citado 5 ago 2022]; 15(2):77-83. Disponible en: <https://www.geneticclinic.com.au/wp-content/uploads/Resta-et-al-Journal-of-Genetic-Counseling.pdf>
3. Kessler S. Book Review: Prenatal Diagnosis: The Human Side. Edited by Lenore Abramsky and Jean Chapple. Chapman & Hall, London, 1994, pp. 228. *Journal of Genetic Counseling* 1997; 6:267-8.
4. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud de Chile. Guía perinatal. 2015 [internet] [citado 5 ago 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf
5. Carroll JC, Rideout AL, Wilson BJ, Allanson JM, Blaine SM, Esplen MJ, et al. Genetic education for primary care providers: improving attitudes, knowledge, and confidence. *Can Fam Physician.* 2009 Dec; 55(12):e92-9.
6. Menezes MA, Hodgson JM, Sahhar MA, Aitken M, Metcalfe SA. "It's Challenging on a personal level"- Exploring the lived experience of Australian and Canadian prenatal genetic counseling, Australia, National Society of Genetic Counselors, Springer. *J Genet Couns* 2010 Dec; 19(6):640-52.
7. Maurotti GM, Sarno L, Simioli S, Castaldo G, Martinelli P. Prenatal screening and counseling for genetic disorders, Italia. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2013; 26. Doi: <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.829701>

8. Godino L, Turchetti D, Skirton H. Genetic counseling: A survey to explore knowledge and attitudes of Italian nurses and midwives. *Nursing and Health sciences* 2012; 15(1):15-21. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00708.x>
9. Farrel RM, Nutter B, Agatista PK. Patient-Centered Prenatal Counseling: Aligning Obstetric Healthcare Professionals With Needs of Pregnant Women. *Women and Health* 2015; 55(3):280-96. Doi: <https://doi.org/10.1080/03630242.2014.996724>
10. Ingvaldstad C, Seven M, Taris N, Cordier C, Paneque M, Skirton H. Components of genetic counsellor education: A systematic review of the peer-reviewed literatura. *J Community Genet* 2015; 7:107-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4796044/>
11. Hostarely L, Tosello B. Outcomes in Continuing Pregnancies Diagnosed with a Severe Fetal Abnormality and Implication of Antenatal Neonatology Consultation: A 10-Year Retrospective Study. *Fetal and pediatric pathology* [internet] 2017 [citado 5 ag 2022]; 36(3):103-12. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15513815.2017.1296519?journalCode=ipdp20>
12. Murakami K, Kutsunugi S, Tsujino K, Stone TE, Ito M, Lida K. Developing competencies in genetics nursing: Education intervention for perinatal and pediatric nurses. *Nurs Health Sci.* [internet] 2020 [citado 8 ago 2022]; 22(2):263-72. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12680>
13. Crimi M, Mineri R, Godino L. Building awareness on genetic counselling: the launch of Italian Association of Genetic Counsellors (AIGeCo). *J Community Genet.* [internet] 2020 [citado 5 ago 2022]; 11(4):495-6. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7475151/pdf/12687_2020_Article_483.pdf
14. Mone F, O'Connor C, Hamilton S. Evolution of a prenatal genetic clinic-A 10-year cohort study. *Prenat Diagn.* [internet] 2020 [citado 5 ago 2022]; 40(5):618-25. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pd.5661>
15. Kawasaki H, Kawasaki M, Iki T. Genetics education program to help public health nurses improve their knowledge and enhance communities' genetic literacy: a pilot study. *BMC Nurs* [internet] 2021 [citado 5 ago 2022]; 20:31. Disponible en: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-021-00549-8.pdf>
16. Margarit SB, Alvarado M, Álvarez K, Lay-Son G. Medical genetics and genetic counseling in Chile. *Journal of Genetic Counseling.* 2013 Dec; 22(6):869-74.
17. Crane MJ, Quinn Griffin MT, Andrews CM, Fitzpatrick JJ. The level of importance and level of confidence that midwives in the United States attach to using genetics in practice. *J Midwifery Womens Health.* 2012 Mar-Apr; 57(2):114-9. Doi: <http://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00132.x>
18. Skirton H, Kerzin-Storror L, Barnes C, Hall G, Longmuir M, Patch C, Scott G, Walford-Moore J. Building the genetic counsellor profession in the United Kingdom: two decades of growth and development. *J Genet Couns.* 2013 Dec; 22(6):902-6. Doi: <http://doi.org/10.1007/s10897-012-9560-4>
19. Skirton H, Murakami K, Tsujino K, Kutsunugi S, Turale S. Genetic competence of midwives in the UK and Japan. *Nurs Health Sci.* 2010 Sep 1;12(3):292-303. Doi: <http://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00530.x>
20. Murakami K, Turale S, Skirton H, Doris F, Tsujino K, Ito M, Kutsunugi S. Experiences regarding maternal age-specific risks and prenatal testing of women of advanced maternal age in Japan. *Nurs Health Sci.* [internet] 2016 [citado 5 ago 2022]; 18(1):8-14. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12209>



Próximias convocatorias de Posgrados con Acreditación ECTS



Experto en Urgencias y Emergencias

- Modalidad: online
- Duración: 800 horas



Experto en Úlceras y Heridas Crónicas

- Modalidad: online
- Duración: 650 horas



Máster en Enfermería Quirúrgica

- Modalidad: online
- Duración: 1.500 horas



Fechas de inicio desde el 05/09/22

ECHANDO LA VISTA ATRÁS



Las matronas españolas y su vinculación con los 100 años de historia en la Confederación Internacional de Matronas (ICM). Parte II

Rosa M^a Plata Quintanilla

Presidenta de la Asociación Española de Matronas. Delegada ICM Europa Sur desde 2003.

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Presidenta Emérita de la Asociación Española de Matronas. Delegada ICM Europa Sur (1981-2017).

XIII Congreso Internacional ICM (Madrid, 1963)



Libro del Congreso 1963. Archivo AEM

Finalmente el XII Congreso Internacional de Matronas de la ICM (1963) se celebró en Madrid del 29 de junio al 6 de julio de 1963, bajo el lema "La función de la matrona en el mundo de hoy" en la Ciudad Universitaria de Madrid, concretamente en la Facultad de Derecho. Fueron más de un millar las congresistas de las cuales una nutrida representación correspondió a Austria y Bélgica; hubo representaciones de Brasil (primera vez que este país participaba aunque estaba afiliado desde 1957 a la ICM), Chile, Dinamarca, Finlandia, Francia, un gran número de Alemania, e Inglaterra, así como de Italia, Holanda, Nigeria, Noruega Suiza, Suecia y EE.UU., Argelia, Australia, Bolivia, Canadá y Erice, Iran, Israel, Jamaica, Liberia, Marruecos, Rodesia del Norte, Sudáfrica, Arabia Saudita, Portugal y México junto a representantes de UNICEF y, por primera vez, representantes de Argentina, Paraguay, Perú, Uruguay, Kenia, Etiopía y Liberia.

Actos sociales

Las congresistas disfrutaron de un intenso y variado programa social elaborado por las matronas españolas que incluyó una "copa de bienvenida" que resultó un magnífico cóctel y posteriormente una recepción y cena por parte del Ayuntamiento de la capital, en los Jardines de Cecilio Rodríguez del Parque del Retiro. Al día siguiente, coincidiendo con la festividad de la patrona de las matronas españolas, Nuestra señora de la Visitación, se congregaron 35 autobuses en la Plaza de Neptuno para llevar a las con-



gresistas para una visita completa a San Lorenzo del Escorial y tras el almuerzo servido, fueron guiadas al Valle de los Caídos.

Cena de Gala en el Hotel Castellana Hilton, el miércoles tarde. El viernes se dispusieron visitas a los hospitales de Madrid, centros de formación maternal, al Instituto de Ginecología y Obstetricia, a una Unidad Neonatal y un Departamento de Registros, acompañadas de intérpretes en francés e inglés para que todas las preguntas de las congresistas extranjeras fueran satisfechas.



Congresistas a la entrada del Auditorio en que se celebró el Congreso, al fondo dcha. el logo diseñado para la ocasión. Foto: Libro Congreso XIII Congreso ICM, Archivo AEM



Congresistas asistentes a la Cena de Gala del Congreso en el Hotel Castellana Hilton. Foto: Archivo AEM

El collar presidencial

Precisamente la Asociación de Matronas españolas, en el marco de este Congreso, hizo realidad la pretensión de la ICM, por años aplazada dados sus reducidos recursos,

de poseer un collar presidencial distintivo de la Confederación.



Imposición del Collar presidencial de la ICM a Dña. María García, por Miss Elen Erup (29 de junio 1963). Foto: Archivo AEM

Discutido el diseño del mismo en el Comité Ejecutivo se acordó que se realizaría en España, y así, la entonces Secretaria Ejecutiva de la ICM, Miss Marjorie Bayes y Dña. María García, trasladaron el proyecto a un orfebre español que elaboró el collar, cada uno de cuyos eslabones de plata lleva el nombre de la última presidenta grabado sobre el símbolo de la Confederación (ICM). La Asociación de Matronas española hizo el obsequio del mismo a la Confederación, siendo la Presidenta española Doña. María García, la primera matrona en ostentar este símbolo que le fue impuesto en el acto protocolario por la Presidenta Honoraria de la ICM, Miss Ellen Erup, dentro de la celebración del XII Congreso Internacional de Matronas en Madrid 1963. La ICM agradeció a través de Mis Ellen Erup el regalo de este collar de manos de las matronas españolas a la Confederación que, al finalizar el Congreso, pasó a Frau Anne Springborn, Presidenta electa de la ICM para el trienio (1963-1966). El simbólico collar, en los años que nos separan desde su donación hasta el momento presente (2021), ha incrementado sus eslabones en 18, los correspondientes a las 18 sucesivas matronas que han ostentado la Presidencia de la ICM.



Miss Carlene Daves (2005-2008), Miss Bridget Lynch, presidenta electa para el trienio (2008-11) seguida de Frances Day-Stark (2011-2017) y la actual Presidenta ICM, Franka Cadée. Fotos: Archivo AEM

Desarrollo del Congreso ICM en España 1963

Bajo el lema "La función de la matrona en el mundo de hoy", la organización estableció seis mesas diferentes con participaciones diversas para abarcar todos los ámbitos.

Mesa: La Matrona y la Familia

La importancia de la familia como unidad (Marian Zwiers, Países Bajos)

El cuidado de la madre y cómo debe realizarlo la matrona. Necesidades sociales y psicológicas

Durante el embarazo (Madame Figober, Bélgica)

Durante el parto (Anne Springborn, Alemania)

Durante el puerperio (Helvi Soila, Finlandia)

Mesa: Necesidades físicas

Durante el embarazo (Margareta Wallman, Suecia)

Durante el parto (Helosa Montenegro da Silva, Brasil)

Durante el puerperio (Cesarina Botteghi, Italia)

Mesa. Cuidados del niño

Cuidado general (Franziska Thumfart, Austria)

Alimentación: lactancia (Alice Meyer, Suiza)

La Matrona como educadora dentro de la familia (Francisca Díaz Ramos, España)

Mesa: La Matrona en la Comunidad

Influencia en la comunidad a través de organizaciones en

ciudades, pueblos o a través de individuos (Mary Olaniwun Akinsaya, Nigeria)

Responsabilidad en la educación profesional (Nieves García de Rodríguez, Uruguay)

Relaciones con otros colegas; médicos especialistas, enfermeras, visitadores sanitarios y sanitarios en general (Aslang Moe, Noruega)

Cómo puede contribuir la matrona al desarrollo científico (Eunice K.M. Ernst, EE.UU.)

Mesa: La Matrona en su propio país

La función de una organización profesional (A. Wood, Gran Bretaña)

Estadísticas y registros vitales a diferentes niveles del desarrollo tecnológico (F. Mortada, Médica OMS)

Legislación relacionada con la maternidad (Esther E. Lipton, EE.UU.)

Mesa: La Matrona en el mundo

Oportunidades de la ICM para influir sobre el desarrollo de los cuidados maternos e infantiles (Miss N.B. Deane, Inglaterra)

Nuestras responsabilidades en el ámbito internacional (Bridges, Gran Bretaña)

Al final de las ponencias los miembros del Congreso se dividieron en diez grupos, para debatir un tema y tratar diversos puntos clave:

1. La contribución de la matrona en la reducción de la mortalidad materna y neonatal:

Descubrimiento prematuro de toxemia preecláptica.

Hemorragia y anemia.

Infección.

2. Prevención y tratamiento de la mortalidad materno-infantil:

Trauma psicológico.

Trauma físico.

3. Relaciones personales y comunicación:

Interprofesional.

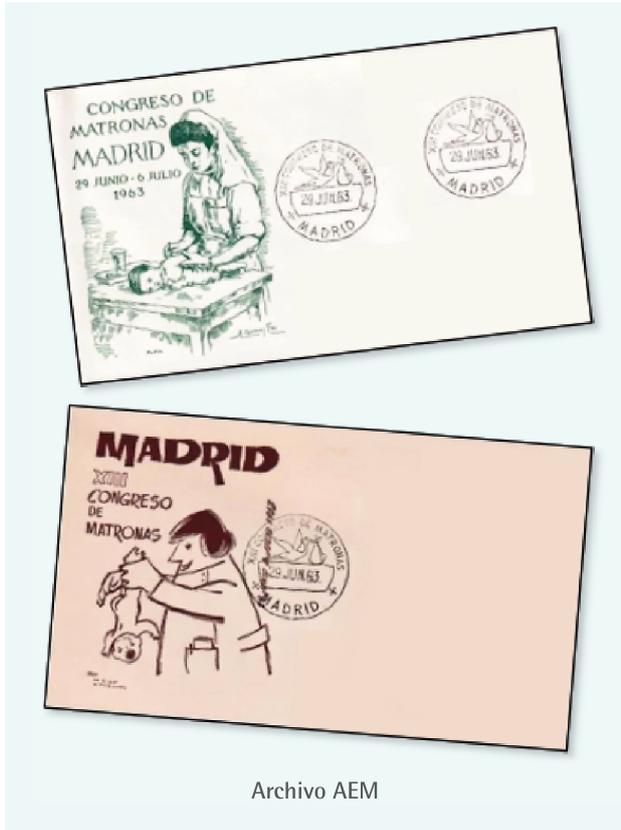
Profesional/paciente.

Detalles del congreso

El Consejo Nacional de Matronas de España, anfitrionas del Congreso Internacional ICM, solicitó a la Dirección Ge-



neral de Correos de España un Matasellos conmemorativo del Congreso que fue concedido y se diseñaron dos tipos de tarjetas y sobres impresos alusivos, a disposición de las congresistas.



Archivo AEM

Una brillante innovación de este encuentro fue la edición de un periódico diario del Congreso, impreso en los cuatro idiomas de la Confederación.

Se dispuso de una amplia zona de *stands* comerciales y de fotografías y esquemas de la labor de los servicios sanitarios españoles, junto con una exhibición de placentografía traída especialmente de Austria por el profesor E. Leinzinger.

Una de las tardes se hizo un pase de películas de diferentes países al que le siguió un cóctel ofrecido por el contingente latinoamericano en la sede de la Asociación de Cultura Hispánica.

Reunión del Consejo Internacional

A la reunión, presidida por María García, solo asistieron 19 países de los 46 representados en el Congreso y un buen número de congresistas que acudieron en calidad de observadoras. Los países fueron: Austria, Brasil, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Grecia, Italia,

Holanda, Nigeria, Noruega, Perú, España, Suecia, Suiza, EE.UU., Jamaica y Liberia. Excusaron su presencia China, Islandia, Japón, Luxemburgo, República del China y Turquía.

Se recibieron propuestas de Brasil, Francia y Alemania para la realización del siguiente Congreso y tras la votación preceptiva recayó en Alemania.

Tuvo lugar la elección de funcionarios generales y miembros de la Comisión Ejecutiva, siendo los resultados como se detalla en el anexo.

Fueron designados 15 países para servir en la Comisión Ejecutiva y tras una votación, resultaron elegidos: Bélgica, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Grecia, Italia, Holanda, Noruega, España, Suecia, Suiza y EE.UU.

Se facilitó un informe de la reunión del Comité Ejecutivo, celebrado el sábado 29 de junio, en la que se acordó que debería hacerse una solicitud de afiliación con la Unión Internacional de Educación Sanitaria para establecer una reducida comisión Intra-Continental para el continente europeo y confeccionar un boletín de noticias trimestral con vistas a la publicación de un diario internacional.

Se acordó aceptar tres nuevas asociaciones como miembros de la Confederación: *The Jamaica Midwives Association*, *The Trained Midwives Association of Kenya* y *the Liberian Midwives Council*.

Se adoptaran las siguientes resoluciones:

Resolución I

La Confederación Internacional de Matronas insta a que en todos los países donde aún no existe, debe crearse un organismo legal nacional que regule el adiestramiento y las prácticas de las matronas. Esto aseguraría una calificación nacional que podría reconocerse en otros países.

Resolución II

La Confederación Internacional de Matronas insta a las afiliadas nacionales, donde todavía no lo han hecho, a que presionen a sus gobiernos para que se cumpla la Convención Internacional nº 3 Protección de la Maternidad (1919) sobre "Descanso pre post-natal en la mujer trabajadora".

Resolución III

El XIII Congreso Internacional de Matronas, al que han asistido matronas de muchas partes del mundo, está preocupado sobre la amenaza creciente para el futuro de la Humanidad, por el uso erróneo del desarrollo científico. Nuestra vocación en la vida es el cuidado de madres y niños y de las generaciones futuras. Por ello este Congreso insta a las matronas de todas las partes que apelen a las

mujeres del mundo entero para que ejerzan toda su influencia sobre los dirigentes de sus países para que se haga uso de los grandes avances científicos en beneficio y mejora de la Humanidad y no como amenaza de destrucción universal.

Resolución IV

La Confederación Internacional de Matronas aprecia que, puesto que la preparación del parto Psico-profiláctico constituye una parte integrante de la obstetricia, el adiestramiento de este método debe restringirse a médicos y matronas calificados.

Finalmente se procedió a la toma de posesión de la nueva presidenta Frau Anne Springborn de Alemania, que fue investida por la saliente, Dña. María García Martín, con el collar presidencial.



Fra Anne Spingborn, Presidenta de la Asociación de Matronas alemanas y Presidenta de la ICM (1963-1966).
Foto Archivo AEM

Confederación Internacional de Matronas (1963-1966)

Presidenta Frau Anne Springborn (Alemania)

Presidenta Honoraria Dña. M^a García Martín (España)

Vicepresidentas Miss Ellen Erup (Suecia), Miss N.B. Deane (Gran Bretaña)

Tesorera honoraria Miss Frances Foxton (Gran Bretaña)

Secretarias de Actas Miss G. Traub (Inglaterra), Madame

Y. Pouvreau-Romilly (Francia), Dña. Julieta Samaniego Berlanga (España)

Comisión ejecutiva Hermana Hougardy (Bélgica), Madame M. Jay (Francia), Fraulein M.Schwietzke (Alemania), Miss A. Wood (Inglaterra), Miss H. Voyiatzaki (Grecia), Signora M. Corruccini (Italia), Miss Marian Zwiers (Holanda), Miss I. Stavnem (Noruega), Doña A. Hernández Suárez (España), Miss Lisa Svensson (Suecia), Mlle. H. Paillard (Suiza), Miss L. Woodville (EE.UU.)

Secretaria Ejecutiva Miss Marjorie Bayes, *Royal College of Midwives* 15th Mansfield Street. London W.1.

Asociaciones Miembro ICM

- *Hebammen-Gremium Land Oberoesterreich* (Austria)
- *Federation des Unions Professionnelles des Accoucheuses Belges* (French section) (Bélgica)
- *Belgian Federation of Midwives* (Flemish Section) (Bélgica)
- *Associacao de Enfermeiras Obstetras do Brasil* (Brasil)
- Asociación Nacional de Matronas (Chile)
- *Den Almindelige Danske Jordemoderforening* (Dinamarca)
- *The Association of Midwives in Finland* (Finlandia)
- *Union Nationale des Syndicats de Sages-Femmes Françaises* (Francia)
- *Bund Deutscher Hebammenverbände* (Alemania)
- *Ghana Registeres Midwives Association* (Ghana)
- *The Royal College of Midwives* (Inglaterra)
- *Greek Midwives Association* (Grecia)
- Asociación de Matronas Profesionales de Guatemala (Guatemala)
- *Ljósmaedrafélag Islands* (Islandia)
- *The National Indonesian Nurse-Midwivesd Association* (Indonesia)
- *Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche* (Italia)
- *The Jamaica Midwives Association* (Jamaica)
- *Japan Midwives Association* (Japón)
- *Japanese Nursing Association* (Midwives Section) (Japón)
- *The Trained Midwives Association of Kenya* (Kenia)
- *The Liberian Midwives Council* (Liberia)
- *Association des Sages-Femmes Luxembourgeoises* (Luxemburgo)
- *Ned. R. K. Vereniging van Vroedvrouwen* (Holanda)



- *Professional Association of Midwives of Nigeria* (Nigeria)
- *Norsk Jordmorforbund* (Noruega)
- *Peruvian Midwives Association* (Perú)
- *Midwifery Association of Republic of China* (Rep. China)
- Consejo General de Colegios de Auxiliares Sanitarios (Sección Matronas) (España)
- *Svenska Barmorskeförbundet* (Suecia)
- *Association Suisse des Sages-Femmes* (Suiza)
- *Midwives Association of Turkey* (Turquía)
- *American College of Nurses-Midwifery* (EE.UU.)
- *American Association of Nurses-Midwives* (EE.UU.)
- Asociación Obstétrica del Uruguay (Uruguay)

La continuidad de las representación de las matronas españolas por la AEM

La actual Asociación Española de Matronas (hasta el año 2000 denominada Asociación Nacional de Matronas) tomó el relevo del Consejo Nacional de Matronas que representó a todas las matronas españolas en la ICM desde 1954 y hasta que este fue disuelto por Orden Ministerial en 1977. La propia Asociación Española de Matronas presentó una solicitud a la ICM, previa al XVIII Congreso de la ICM celebrado en Jerusalén, con la confianza de que esta organización internacional, vinculada desde sus inicios con las matronas españolas, entendiera el problema surgido en España con la reorganización de las profesiones de practicantes, enfermeras y matronas, dejando a estas últimas sin colegio propio. La AEM pedía ayuda a la ICM para mantener una formación de matronas acorde con el prestigio que la profesión tenía en España y que apoyara su petición de devolución del colegio de matronas que judicialmente se estaba reclamando por parte de la Asociación, reclamación que finalmente sentenció favorablemente el Tribunal Supremo, aunque nunca se ejecutó la sentencia dejando a las matronas en una indefensión jurídica que ha llegado a nuestros días.

Lo cierto y triste es que la ilusión y confianza que las matronas de la entonces Asociación Nacional de Matronas, recién fundada, pusieron en que su petición fuera apoyada por la Confederación Internacional, no solo no obtuvieron el resultado deseado, sino que una decisión tan injusta como desafortunada tomada en el Consejo de Jerusalén impidió a la AEM continuar la representación española recién abandonada por el Consejo ya inexistente y fueran expulsadas las matronas españolas de la Confederación, sin otro motivo que el de no tener colegio profesional propio y estar asimiladas al Consejo General de Enfermería. Paradójicamente, unos años después (1990) admitieron la

solicitud de entrada del Consejo General de Enfermería (CGE) como órgano de representación de las matronas españolas, en la ICM. Esta decisión dejó patente la arbitrariedad de la Confederación Internacional de Matronas, al permitir el ingreso del CGE, órgano supremo de la enfermería en España, en el que las matronas solo representaban un 3% en calidad de enfermeros especialistas, cuando habían negado a la AEM, asociación exclusiva de matronas de ámbito nacional en España, su ingreso por haber perdido el colegio profesional propio y verse obligadas, las matronas, a integrarse en el órgano receptor de la Enfermería.

Las negociaciones de la AEM con la ICM finalmente dieron fruto positivo accediendo la Confederación el reingreso de las matronas españolas representadas por la AEM, en el siguiente Consejo, el de Glasgow de 1981.

En los sucesivos años, la Asociación Española de Matronas (AEM) ha mantenido la colaboración con la ICM a través de su participación en los siguientes congresos y Consejos Internacionales celebrados, y en las actividades propuestas por la Confederación.

Señalamos con especial orgullo que, a petición de la ICM, la AEM fue la anfitriona, en 1991 en Madrid, de la trascendente reunión en la que la Asociación Española de Matronas presentó el borrador final del primer Código Internacional de Ética para Matronas, y que posteriormente el Consejo Internacional de la ICM aprobó por unanimidad en mayo de 1993, dando a todas las matronas una declaración pública y formal de sus creencias y valores profesionales comunes.



Reunión en Madrid (España) Código Internacional de Ética 1991. De izqda a Dcha. Gloria Seguranyes (invitada de la AEM) y M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, Presidenta de la AEM, junto con miembros de la ICM llegadas a Madrid.

Foto: Archivo AEM

El borrador, elaborado por este grupo de expertas en España, fue aprobado finalmente por unanimidad en el Consejo de Vancouver de 1993, ofreciendo a todas las matronas una declaración pública y formal de sus creencias y valores profesionales comunes; sin duda el código deontológico es uno de los documentos más importantes, si no el más importante, de la confederación porque es pilar, junto con el cumplimiento, la integridad, y los principios y valores sobre el que desarrollar la Confederación.

Reuniones internacionales ICM en España

Se han celebrado dos reuniones internacionales de la Región de Europa Sur a la que pertenece España; una en Mallorca, 1ª Conferencia Internacional de los países ICM de Europa del Sur coparticipada por la AEM y la FAME (la última organización española en asociarse a la ICM en 2004).



1ª Southern Europe Meeting Mallorca, Spain, 2009. Anfitrionas AEM y FAME. Foto: Archivo AEM

En 2016 se celebró la 2ª Conferencia de la Región de Europa del Sur de la ICM (organizada por la Asociación Catalana de Matronas y por la Federación de Asociaciones de Matronas de España, FAME).

La reunión de la Región de Europa del Sur realizada en España fue un encuentro ignominioso al que las otras asociaciones de matronas españolas miembros de la ICM, la AEM y el Consejo General de Enfermería de España, no fuimos invitadas a participar como asociaciones anfitrionas como es preceptivo, sino que se nos mantuvo al margen resultando finalmente "invitadas" (solo acudió la AEM) en nuestro propio país, España.



2ª Southern Meeting Europe Tarragona, Cataluña (España) 2016. Anfitriona AEM y FAME. Foto: Archivo AEM

Al respecto de este tema y la manipulación que la Asociación Catalana y la FAME hicieron de esta reunión para dar "engañosamente" supuesto carácter de congreso internacional y recabar el auspicio de la ICM para un congreso exclusivamente de ámbito nacional, la Asociación Española de Matronas elevó queja formal a la Confederación, directamente a la entonces Presidenta Frances Day-Stirk, así como a la Sra. Rita Borg, representante ICM Europa Sur. Aun así se permitió que el engaño siguiera, esto es, figurando el auspicio de la ICM junto a los de la FAME y la Asociación de Llevadoras, entidades organizadoras y manteniéndose en el anuncio la reunión Internacional como si fuera una parte del Congreso y no una reunión de orden interno de la Confederación. Por ello, la AEM no aceptó las disculpas que personalmente pidieron tanto la Presidenta como la representante de la Región Europa del Sur, a la Presidenta de la AEM, en reunión solicitada por las primeras a la última.



Cartel anunciador del XV Congreso de la FAME-IV de la Asociación Catalana de Llevadores



Se dio incluso la circunstancia de que la Asociación Catalana, que no era miembro directo de la ICM en aquella fecha (aunque lo fue durante un trienio, dadas sus aspiraciones), figuraba junto con la FAME como anfitriona de dicha reunión en el Acta de la Reunión del Consejo de la ICM del 13 de junio 2017, por lo que la Asociación Española de Matronas solicitó por este motivo una enmienda para que la Asociación Catalana de Matronas fuera excluida del texto y se nombrara en aquel párrafo exclusivamente a la FAME como entidad que englobaba, entre otras asociaciones autonómicas españolas, con el mismo derecho de ser representadas por la Federación, a la Asociación Catalana de Matronas.

En febrero de 2020, la ICM propuso a los tres miembros ICM en España: AEM, CGE y FAME, la celebración del Congreso de 2026, tras los ya proyectados de Bali (2020) y Abu Dhabi (2023) (diferidos por la COVID-19 a 2023 y 2026, respectivamente). La AEM declinó la oferta, ya que entendía estaba hecha más por necesidad que por deferencia de la ICM ante la falta de ofertas seguras para la realización de los futuros congresos trienales. De otra parte, la alta oferta de congresos de matronas en España además de los de otras importantes entidades relacionados con la salud sexual y reproductiva, no justificaba en absoluto el esfuerzo organizativo y la inversión que habría de realizarse afrontando los gastos de la Comisión de prospección de

la ICM, frente a la nimia compensación por parte de la Confederación a las entidades organizadoras.

La AEM no supo en ningún momento si las otras entidades potencialmente co-anfitrionas del evento, CGE y FAME, estuvieron interesadas en la propuesta, aunque su intención ni hubiera sido suficiente ante la negativa de la AEM para celebrarse el Congreso en España, como sucedió con la propuesta que el Consejo General de Enfermería de España llevó a Kobe en 1990 y que, al no ser secundada por la AEM por muchos y diferentes motivos, el Congreso de 1996 finalmente no se celebró en Madrid sino en Oslo.

El futuro ya se verá.

Referencias:

- Libro de Actas del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, Sección Matronas (1957-1977).
- Libro del XII Congreso Internacional de la ICM, Madrid 1963.
- *Birthday for Midwives. Papers of ICM.*
- Libro de Actas de la Asociación Española de Matronas (1978-2022).
- Archivo fotográfico de la AEM.

Entrevista a M^a DOLORES VIÑAS ÁLVAREZ

M^a Dolores Viñas Álvarez, una matrona con historia, fue profesora de la Unidad Docente de Matronas de Santiago de Compostela (A Coruña)



Nuestra entrevistada de este número es una matrona con largo recorrido profesional, luchadora incansable, con gran carácter, en la que destaca toda su labor como docente en la Unidad Docente de Matronas, y pionera en muchas de las prácticas que actualmente vuelven a estar consideradas como novedosas.

M^a Dolores, Lola para todas aquellas que la conocemos, ha sido una profesora muy querida para cientos de alumnas y alumnos que han pasado por la UDM y que aún sigue manteniendo relación, hoy por hoy, como referente de lo que es ser matrona. Siempre ha defendido su autonomía como profesional ante el colectivo médico al que demostró su valía y del que ganó su confianza.

Pregunta: Hola, Lola, bueno creo que te ha llegado el turno, pese a tu reticencia, de salir un poco de tu anonimato más allá de tu tierra gallega y te conozcan otras compañeras. Tienes una gran historia profesional que avala tu merecido puesto entre las elegidas para mostrar la historia profesional que hay detrás de una de las grandes matronas que conozco. Para mí, no es fácil hacerte esta entrevista, pero a la vez es un enorme privilegio. Mi primera pregunta, ¿por qué te extrañó tanto cuanto te invité a compartir parte de tu historia?

Respuesta: Me da cierto pudor, ya que has entrevistado a matronas que para mí son un referente, y con esta entrevista tú me estas equiparando a ellas y eso me da mucha vergüenza. Además, creo que no he hecho nada relevante que me haga merecedora de tal distinción, he aceptado porque te quiero y respeto mucho tu trabajo.

P: Te lo agradezco, pero no te subestimes tanto, que vales y mucho. Bueno, pues para empezar, las que te conocemos sabemos que tienes carácter, me has contado alguna vez

que vienes de un matriarcado muy arraigado en tu familia, una familia emprendedora. ¿Crees que eso ha marcado tu forma de ver la vida?

R: Puede que sí, mi madre ha sido el pilar fundamental en mi familia, ella era la que dirigía todos los negocios familiares, de fuerte carácter porque era necesario en un mundo de hombres, en unos tiempos donde la mayoría de mujeres se desenvolvían en un ámbito doméstico. Fue un modelo de arrojo ante la vida y por eso puede que nunca me dio miedo nada, ya se encargó mi madre de enseñarnos que podíamos hacer de todo y que valíamos más que cualquier hombre.

P: En tu familia sois varios hermanos y hermanas, vamos, lo que se llama una familia numerosa, en la que además una de tus hermanas también es enfermera. No sé si hay antecedentes en tu familia de profesionales de la salud, ¿eres una matrona vocacional?, ¿de dónde viene esta vocación por el cuidado?

R: Puede ser que la vocación de enfermera surgiese al ver a mi madre cuidar de un tío de mi padre que tenía una enfermedad larga y dolorosa, y también que desde niña tuve una vocación de ayuda a los demás, la cual quise canalizar a través de formalizar mi compromiso de dedicar mi vida a una orden religiosa contemplativa, pero me aconsejaron que me dedicase "al mundo"; puede que eso también me llevase a ser bachiller en teología.

P: Sé que no te hiciste matrona enseguida, sino que trabajaste como enfermera durante 17 años en una Unidad de Cuidados Coronarios. ¿Qué supuso esta etapa en tu vida profesional?

R: Era el tiempo del nacimiento de este tipo de unidades, se requería mucha formación y tengo que decir que nosotras

recibimos la mejor, en ese momento (años 70) la élite de la cardiología estaba en el Instituto de Cardiología de México y yo tuve los mejores profesores: los profesores Aldo Bisteni y Sodi Pallarés, sin olvidar a María Urrutia, una enfermera que vino expresamente de México para formarnos en técnicas específicas. También nos enseñó a confeccionar protocolos de toda índole (algo desconocido en la época); recordaré siempre nuestra carpeta negra de procedimientos que era la envidia de la clase médica. Fueron unos años maravillosos en los que aprendimos e hicimos cosas que hoy son impensables que ejecute una enfermera a pesar de los avances en nuestra profesión y en nuestras funciones, que son muchas.



Con compañeras de la U. de Coronarias

P: Noto un poco de orgullo y a la vez nostalgia de aquellos años, ¿qué fue lo que te marcó de aquella etapa?

R: En este servicio siempre fuimos tratadas como iguales, ten en cuenta que solo éramos mujeres hasta que muchos años después vino José. La enseñanza era la misma para los médicos que para las enfermeras. Teníamos prestigio y consideración en todo el hospital. Nunca podré olvidar las clases diarias de electrocardiografía y de auscultación de los soplos cardiacos que daba el Dr. Gil de la Peña, en concreto los "protomesosistólicos", puede que de ahí venga el interés por la docencia y no solo eso, también por la investigación a la que me abrió los ojos Michel Jaquett, un médico fantástico que quería que las enfermeras fuésemos las estrellas del universo, lo que tuvo como objetivo hasta su muerte y al que le debemos todo, pues él era una más de nosotras para todo. Este orgullo es compartido por todas las enfermeras que pasaron por la Unidad en aquellos años.

P: He leído que hiciste la especialidad de pediatría antes que la de matrona. ¿Qué te motivó a hacer esta especialidad?

R: Fundamentalmente el afán por aprender y luego que compartíamos la misma planta que pediatría y veía muchas

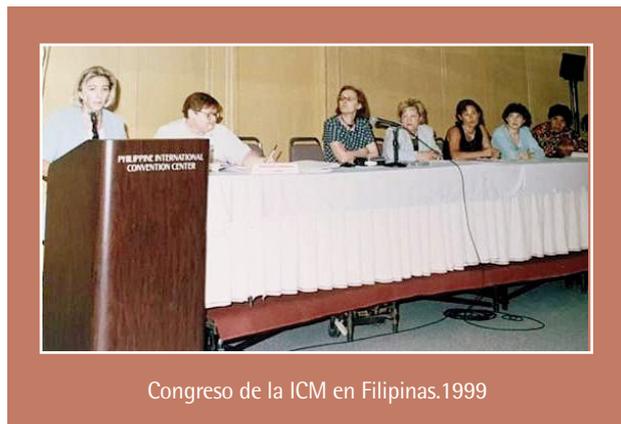
cosas en las que quería profundizar. Además, tenía mucha relación con las enfermeras de la UCI pediátrica y eso alimentó el "gusanillo".

P: Cuando acabaste la especialidad, y ya siendo madre, te vas a trabajar de matrona de APD, ¿puedes contarme algo de esa época?

R: Sí, allí estuve hasta que mi tercera hija cumplió los 2 años. También hubo que ponerse las pilas y hacer consultas de salud (con muchas críticas), educación sexual en el colegio, educación maternal, que no existía en la época, y tuvimos que buscar cursos debajo de las piedras, en Madrid, Barcelona, años más tarde en A Coruña. La educación maternal era otra locura... te decían: "tanto respirar... para qué, ¡¡¡sí se pare igual!!!". Ni que decir de la matronatación a mitad de los 80... Eso fue toda una revolución hasta que a finales de los 80 ya empezaron las matronas de A Coruña en colaboración con el INEF (recién estrenada la facultad), y aunque solo era en A Coruña se hizo más habitual, ya ves tú, ¡¡¡¡ ahora vuelve a estar de moda!!!!

P: Ya ves, algunas compañeras pensarán que es una cosa de los últimos tiempos, me alegro de que lo cuentes, por cierto en aquella época también hiciste algo para bebés, ¿no? Cuéntame un poco más.

R: A mediados de los 90 empecé un programa en el agua para bebés de poquitos meses, a raíz de un desgraciado accidente, costó mucho porque la piscina tenía que ser climatizada y preferiblemente exenta de cloro en el agua y no era fácil en ese tiempo. Al principio solamente venían los bebés de los cursos de educación maternal, tuve que ir a formarme a Zaragoza, pronto pasé el testigo y hoy son actividades de mucho éxito y gran prestigio en Santiago. Entre las comunicaciones que llevamos al congreso de la ICM en Filipinas en el año 1999, destacó un vídeo de los bebés en esta actividad, fue todo un éxito, la verdad es que ver a bebés de 3 meses buceando no era habitual.



Congreso de la ICM en Filipinas.1999

P: Cuando dejas la Atención Primaria, APD de la época, vuelves al hospital, pero no de matrona. ¿Cómo fue ese cambio?

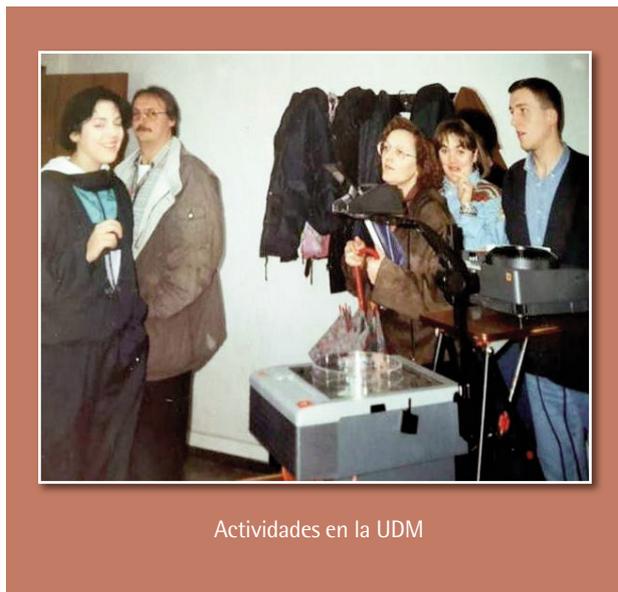
R: Sí, primero me fui a la UCI y a los pocos meses a la Unidad de Coronaria, pero ya tenía un objetivo... conseguir irme al paritorio y allí que me fui. En estos años aproveché para estudiar Derecho y al aprobarse de nuevo la especialidad de matrona opté a una plaza de profesora que ocupé hasta mi jubilación. Mi inquietud me llevó a estudiar Antropología, hacer los cursos del Doctorado y hacer la Tesis.

P: Vaya, ¡que interesante! Muchas de las matronas que conozco han estudiado otras carreras, Antropología, Historia, Psicología, incluso Derecho, como tú, ¿por qué crees que la mayoría sigue estudiando otras carreras relacionadas con las llamadas "Humanidades"?

R: Lo lógico sería que estudiásemos Medicina, ¿no? De hecho, algunas compañeras lo hicieron, pero yo creo que estudiamos Humanidades porque en nuestro ADN llevamos implícito un modelo más holístico, que es inherente a nuestra profesión, y quizás no tenemos tanto interés por un modelo tan hegemónico como el médico.

P: Fuiste del primer equipo docente de la UDM en Santiago de Compostela, y sé que una profesora muy "cañera" que dirían los jóvenes, pero muy querida. Has comentado que te gustaba la docencia y la investigación. ¿Qué ha significado para tu vida profesional esa época de tu vida?

R: Gracias, pero soy consciente de que no puedes gustarle a todo el mundo, mis residentes siempre decían que yo era muy didáctica y eso me gustaba porque eso significaba que no se les olvidaba la explicación (¡ja, ja!). A día de hoy, tengo relación con muchos de ellos (más con los del principio) y a veces todavía nos consultamos cosas. Tú sabes que los comienzos siempre son difíciles, pero debido a esa dificultad procuras dar lo mejor de ti y esforzarte al máximo, aunque sea solo por puro egoísmo, pues no quieres ser lo peor del ranquin del momento, todos sabemos cómo estaba la cosa y recuerdo muy bien la oposición de la SEGO, con el Dr. Cabero a la cabeza, que nos consideraba "poco preparadas" para dar clase. No me interpretes mal, no es que quiera recuperar viejos fantasmas, solamente quiero hacer un poco de pedagogía para los que vienen detrás, ya que algunas/os piensan que las Unidades Docentes nacieron por generación espontánea, pero bueno, de este asunto hay matronas que han luchado mucho y pueden darnos una clase magistral. Como sabes, a nuestra Unidad Docente estuvo a punto de retirársele la acreditación por cuestiones ajenas a la misma y que no voy a relatar, pero a pesar del daño irreparable que se causó, a día de hoy sigue funcionando sin problema.



Actividades en la UDM

P: Bueno, hablemos de tu faceta de matrona asistencial, que por cierto compaginaste con tu paso por la UDM. ¿Trabajaste de matrona siempre en la sanidad pública?

R: Trabajé en todo tipo de hospitales, en el Clínico de Santiago toda la vida y en los de la Diputación, Comarcales y privados y en alguno de ellos simultáneamente (había escasez de matronas). En los comarcales y en los privados como no había médico de presencia física, estabas obligada a andar con cuatro ojos y los cinco sentidos muy afinados porque no tenías quien te ayudase, se pasaban momentos difíciles, de mucho apuro y de encomendarse a todos los Santos.

P: ¿Crees que tenía más ventajas trabajar en la sanidad privada?

R: Para algunas cosas sí. Lo bueno era que tenías mucha autonomía y te podías permitir licencias que en la pública no se podía tanto, me refiero al principio del piel con piel (pensaban los pediatras que si los niños tiraban un poco del aire, no podían estar así con su madre), pues confiaban más en la cuna térmica. Podías poner a la mujer en posiciones durante el trabajo de parto y el expulsivo que hoy son el día a día, empezar a utilizar la pelota y la silla de partos, ¡¡¡uffff!! ¿Te acuerdas cuando se empujaba en decúbito supino puro y duro en el paritorio sin levantar la cabeza? Y qué me dices del rasurado y el enema.... Parece algo del pleistoceno, ¡¡¡¡cuánto hemos avanzado!!!! Pero en aquel momento te decían que estabas loca de atar porque no teníamos autonomía ninguna... todo era por orden médica. ¡¡¡Qué trabajo pasamos para dejar de bañar a los niños al nacer!!!!



Atendiendo un puerperio

P: Eres una matrona muy completa, Lola, también has atendido partos domiciliarios. ¿Cómo te iniciaste? ¿Alguna anécdota que se pueda contar?

R: Pues sí, el primero lo hice en el 82 de Urgencia a una vecina de mi suegra, ¡qué susto! Le puse la placenta sobre un mantel precioso que tenía la mujer en la habitación, luego resultó que tenía un Rh (-) y había que hacerle el grupo al niño. Fue el primer parto de la mujer, y el mío en casa, y sin episiotomía, que era obligada en ese momento, pero no se la hice porque no tenía con qué coserla. Fue muy emocionante y con mucha adrenalina. Todos los vecinos estaban pendientes del evento y fuimos a pesar al bebé a la tienda de ultramarinos, después del susto hicimos una fiestecita (risas). Creo que me aficioné a ello (risas) ¡¡¡me puede la adrenalina y la tensión!!!



Asistencia a un parto domiciliario

Luego hice muchos, con muchas anécdotas de todo tipo pero sin problemas, solo llevé a una al hospital por un meconio espeso y acabó la pobre con un parto instrumental y todo resto de intervenciones que te puedes imaginar. Fui muy criticada por asistir partos en casa, mucha gente tenía miedo que me pasase alguna complicación grave y me decían que tenía que hacer un consentimiento ante notario. Respecto a una anécdota, te diré que ¡¡¡hasta hice un parto por teléfono!!!!

P: En tu inquietud por conocer, por investigar, has participado en numerosísimos congresos nacionales e internacionales, ¿crees que es la base en el avance de una profesión como la nuestra?

R: Creo que investigar es fundamental para crear un cuerpo teórico profesional. Si queremos que el grado de matrona sea una realidad algún día debemos registrar lo que observamos y los cambios que se van sucediendo, por consiguiente, animaría a la gente joven para que abandonen las revisiones bibliográficas (algunas están bien) y profundicen un poco más en otros tipos de investigaciones más enriquecedoras e incluso formen equipos multidisciplinares para hacer investigación experimental; mi experiencia es muy buena y enriquecedora. Por mi parte, creo que nunca fui a un congreso sin un trabajo de investigación, tengo de toda índole, condición y moda de la época. En relación a los congresos, a pesar de lo caros que sean, creo que son una herramienta para conocer lo que hacen nuestras colegas e intentarlo nosotras si nos parece interesante; además, conocemos mundo y lo que es más importante, socializamos con nuestras compañeras y amigas.



Congreso hispano-luso. de la AEM. Madrid, 1997

P: Estamos casi llegando al final, Lola, pero ¿cómo te gustaría que te reconociesen en esta generación de matronas?

R: Tengo a gala decir que nunca fui al hospital para que me pagasen a fin de mes y creo que esta afirmación da idea de cómo soy, aunque pueda que no lo parezca. Creo que he dado a mi profesión dedicación, esfuerzo, sacrificio y constancia y para ello he tenido muchas personas como M^a Ángeles, Lina, Charito, Piedad... que me han ayudado dándome un ejemplo magnífico de saber hacer las cosas bien, de luchar por conseguir que nuestra profesión sea visible, de mantenerse en la lucha constante sin desfallecer y todavía, a día de hoy, sigo en disposición allí donde me necesiten para defender nuestra profesión, ¡¡¡y eso que ya llevo un tiempo jubilada!!! (risas). Espero y deseo que nadie diga que no le he ayudado cuando me la ha pedido y sin ser pretenciosa, sé que hay gente que me recordará con cariño.

P: Y a propósito de esto, ¿a qué dedicas tu tiempo libre ahora?, ¿cuáles son tus aficiones?

R: Estoy intentando llevar un huerto ecológico lo mejor que sé y puedo (risas). Voy a pescar con mi hermano y se me da bastante bien. Pescó calamares, pulpos, lubinas, fanecas, señoritas... con diferentes artes de pesca y estoy aprendiendo mucho aunque el maestro es bastante impaciente. ¡¡¡Ya quisiera verle yo en el paritorio con esa poca paciencia!!!



Con grandes compañeras en el Congreso ICM

P: Eres o perteneces a una generación de matronas luchadoras, que pelearon por adquirir muchas de las competencias que hoy por hoy tiene una matrona, pero seguimos peleando a día de hoy, ¿por qué crees que la matrona debe estar siempre guerreando, defendiendo la profesión?

R: Primero es que somos un colectivo muy poco unido y eso plantea muchos problemas a la hora de reivindicar cualquier cosa. Ahora hay que estar ojo avizor porque hay especialidades de enfermería que se quieren apropiar de nuestras competencias y mantenerlas es una lucha constante ¡¡qué te digo que tú no sepas!! Yo estoy muy agradecida a todas las matronas que luchan cada día por mantener nuestra profesión y que espero sigan haciéndolo mientras puedan porque cuando estas mujeres no estén no lo quiero ni pensar... solo espero que las jóvenes generaciones reaccionen o ya lo tengan resuelto con el grado de matrona.

P: Lola, se me hace corta esta entrevista, te conozco y sé que tienes mil historias y anécdotas que podrías compartir, pero hay una pregunta obligada que hago a casi todas las personas que entiendo, ¿cómo ves el futuro de la profesión de Matrona? ¿Qué añadirías o qué quitarías? ¿Cuál crees que es nuestra situación actual?

R: Lo que te decía antes, espero que las nuevas generaciones de matronas tomen el relevo de las de mi generación, ya que a las pocas que quedan, a buen seguro, les gustaría descansar un poco. Posiblemente le añadiría muchas cosas, en este momento se me ocurre que incluir en la formación teórica psicología, no estaría de más y potenciar algunas destrezas encaminadas a la excelencia en la atención a la familia. Seguramente que la situación actual de la profesión sería objeto de un análisis más profundo, yo estoy contenta de cómo hemos ido evolucionando. Si echamos la vista atrás, vemos una película que comparada con la actual es de otro mundo que no queremos que vuelva y ello es gracias a las directoras y el equipo que conforman y han conformado la Asociación Española de Matronas que llevan cuarenta años en la trinchera a pico pala, pico pala y poco reconocimiento. Tanto a las que ya no están como a las actuales les doy las gracias ya que me brindas esta oportunidad.



Defendiendo el póster en el Congreso ICM de Noruega

P: No sé si se me ha quedado alguna pregunta por hacerte o hay alguna aportación más que quieras hacer y como gran matrona veterana y sabia. ¿Te gustaría compartir algún mensaje para las nuevas promociones o para las compañeras más jóvenes?

R: Sabiendo que cada una es de su padre y de su madre y teniendo en cuenta que cada una tiene diferentes habilidades, yo les mandaría un mensaje a las más jóvenes: la formación nunca está de más y lo que se invierte en ella siempre es poco. Ser reflexiva y asegurarse de lo correcto antes de actuar en situaciones profesionales complicadas.

En nombre de la Asociación Española de Matronas, y en el mío propio, agradecerte el tiempo que nos has dedicado y la generosidad en tus respuestas. Sirva esta entrevista como el reconocimiento, muy merecido, que desde la Asociación Española de Matronas venimos realizando desde

hace algún tiempo, para dar visibilidad a tantas mujeres, matronas que forman o han formado parte de la historia de la profesión.

Expresarte, personalmente, que ha sido un placer para mí compartir este rato y descubrir para otras compañeras, a matronas como tú, tan comprometidas con su profesión, tan peleonas, con carácter y con la sabiduría de haber iniciado, a pesar de las críticas, el camino de la autonomía en el cuidado de las mujeres, y en el que pocas cosas de las que llaman hoy "novedosas", te quedaron por hacer desde los años 80.

ATENEA

Redactora AEM

AGENDA

Comisión AEM 2 contra el plan de mejora integral de A.P Madrid 2022-2023

Como ya informamos en el número anterior, un grupo de matronas muy motivadas solicitaron la ayuda de la AEM para movilizar al colectivo de Atención Primaria por el agravio comparativo que se había producido con el nuevo modelo retributivo con el Plan de Mejora Integral de la Atención Primaria 2022-2023 de la Comunidad de Madrid, e iniciar las consiguientes reclamaciones ante la autoridad competente.

En resumen sus reivindicaciones son:

1. Un reajuste del complemento de productividad fija en función de la asignación de población (TSI) digno, equiparable como mínimo al asignado al estamento de enfermería, incluyendo en TSI a los colectivos de recién nacidos, adolescentes y mujeres mayores de 80 años ajustando la retribución por tramo etario en función a su frecuentación.
2. Plazo para la ejecución de la retribución del Complemento de productividad fija por Tarjeta Sanitaria Atendida (TSA) adjudicado al EAP en el que se desempeña la actividad profesional.
3. El reconocimiento de:
 - I. El grado de dispersión geográfica en función del número de consultorios atendidos (G1, G2, G3 y G4).
 - II. El complemento de Productividad fija por ruralidad.
 - III. El complemento de Productividad fija por Atención Domiciliaria (cuando se realice).
 - IV. El complemento por Productividad variable destinada a cubrir prolongación de jornada laboral por ausencias de matrona con imposibilidad de cobertura por suplente.

En abril, la AEM dirigió una carta a la Comisión de Sanidad de la Comunidad de Madrid con el fin de ex-

poner y denunciar el impacto de las medidas arbitrarias tomadas sobre el colectivo de las matronas comunicándoles las pertinentes alegaciones, al respecto.

Como conclusión la petición de la AEM fue:

1. Un reajuste del complemento de productividad fija en función de la asignación de población (TSI) digno, equiparable como mínimo al asignado al estamento de enfermería, incluyendo en TSI a los colectivos de recién nacidos, adolescentes y mujeres mayores de 80 años ajustando la retribución por tramo etario en función a su frecuentación.
2. Plazo para la ejecución de la retribución del Complemento de productividad fija por Tarjeta Sanitaria Atendida (TSA) adjudicado al EAP en el que se desempeña la actividad profesional.
3. El reconocimiento de:
 - I. El grado de dispersión geográfica en función del número de consultorios atendidos (G1, G2, G3 y G4).
 - II. El complemento de Productividad fija por ruralidad.
 - III. El complemento de productividad fija por Atención Domiciliaria (cuando se realice).
 - IV. El complemento por Productividad variable destinada a cubrir prolongación de jornada laboral por ausencias de matrona ante la imposibilidad de cobertura por suplente.

Han sido varios los portavoces de grupos de diferente signo político en la Asamblea los que han recibido a la Comisión, han escuchado sus demandas personalmente, pero aún seguimos esperando la enmienda de esta decisión política arbitraria, injusta y absolutamente penosa para las matronas de la Comunidad de Madrid.

Los Consejos de tu Matrona



En enero de 2020, anunciábamos en la Newsletter INFOmatronas de la Asociación Española de Matronas la imposibilidad de mantener la versión impresa de la mejor y primera guía informativa para mujeres embarazadas, "Los Consejos de tu Matrona" realizada por la AEM, ante la quiebra de la empresa Lest Family que había mantenido su edición, debido a las prohibiciones sufridas para entregar sus canastillas desde distintas gerencias sin ningún tipo de filtro de sus contenidos. En aquella revista dábamos cumplida información de este trabajo que había arrancado 23 años antes por iniciativa de la AEM y la inestimable colaboración de Lest Family y que ponía punto final a más de dos décadas de esfuerzo, por la sinrazón.

La AEM asumió la gravosa tarea económica y operativa de la distribución de las 22.500 unidades que habían quedado en stock al cierre de la empresa.

En 2021, reabierto nuevamente la empresa, AEM anunciaba que se había conseguido la impresión de 50.000 unidades para 2021 y la forma de conseguirlos era a través de la Asociación Española de Matronas y por ello, hasta el momento, la distribución ha sido realizada por la AEM.

Recientemente la AEM ha establecido un nuevo convenio con Lest Family, quien imprimirá y distribuirá una nueva tirada de la versión actualizada 2022.

La guía no llegará a todos los centros de salud de forma generalizada, pero sí la recibirán de manera preferente todas las matronas que la han solicitado durante 2020 y 2021 a través de la AEM. También se mantiene la versión *online* para descargar en la web de la AEM.

Comunicado de la Asociación Española de Matronas y la Federación de Asociaciones de Matronas de España



La profesión de matrona es tan antigua como la propia civilización. Matrona, obstetrix, partera, comadrona, comadre de parir, madrina, llevadora o enfermera obstétrica-ginecológica son algunas de las denominaciones de quienes han desempeñado, en origen, un oficio que se ha convertido en profesión al evolucionar a lo largo de los años, desde prácticas basadas en el conocimiento transmitido de manera cultural hasta llegar al conocimiento científico. Si bien es hoy una profesión consolidada, con un cuerpo de conocimientos y un campo competencial propio, seguimos observando cómo en el territorio español se produce un desarrollo heterogéneo de nuestras competencias, derivado de una atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres desigual y deficitaria según las áreas geográficas.

Somos las matronas sin duda, el profesional referente para el cuidado de la salud sexual y reproductiva, lideramos cada vez más el desarrollo del conocimiento y cuerpo científico que debe guiar su cuidado, como muestra el constante incremento de Matronas Doctoras, Investigadoras y Docentes que, a nivel nacional e internacional, aportan y sustentan nuestra propia capacidad de seguir creando un cuerpo de conocimientos propio. Sin embargo, a pesar de todo lo anteriormente expuesto y nuestra constante lucha por poder desarrollar todas y cada una de nuestras competencias, no solo para nuestro desarrollo profesional, sino como agentes relevantes en la mejora de la calidad asistencial en materia de salud sexual y reproductiva, vemos cómo en los últimos años se nos hace cada vez más difícil lograr nuestros objetivos. Sin duda, estas limitaciones que nos encontramos vienen impuestas por la indiferencia e inoperancia de las administraciones sanitarias que aún no se han percatado del valor intrínseco y primordial de la actividad de la matrona en la atención a la salud de la mujer, impidiendo dotar al sistema sanitario del número adecuado de matronas.

Año tras año, la generalidad de las CC.AA., a través de sus servicios de salud, no ofertan la totalidad de las plazas acreditadas, sin prever la cobertura de las necesidades del momento y mucho menos el relevo generacional porcentualmente muy alto que se está produciendo en estos años. Consecuentemente, a las matronas se nos podría relegar al trabajo en los paritorios como pasó en tiempos pasados por la grave escasez de matronas en España; a la vez que se limita el desarrollo de nuestras competencias, se obstaculiza la oferta de una atención equitativa en materia de Salud Sexual y Reproductiva a todas las mujeres en las diferentes áreas de salud del país, a la vez que se promueve, desde las propias Administraciones Sanitarias, el intrusismo y la "colonización" del Área de Atención Primaria por otros profesionales no competentes para ello, dificultando de esta manera la oferta de una atención equitativa en materia de salud sexual y reproductiva a todas las mujeres en las diferentes áreas de salud del país y, al mismo tiempo, el desarrollo total de la competencias de las matronas. Por otro lado, el modelo de Unidad Docente Multiprofesional que se ha establecido en la mayoría de unidades docentes (UDD) merma nuestra capacidad de obtención de una formación adecuada y centrada en nuestras competencias, ya que se basan en un modelo formativo médico, que no atiende ni a la formación teórica que debemos adquirir ni a las necesidades que las matronas debemos cubrir, nos relegan a un segundo plano en la toma de decisiones, siempre bajo la orden médica y empobrece nuestra autonomía, aquella que tenemos por derecho. Salvo honrosas excepciones, el número total de créditos teóricos del programa formativo no se cumple en su totalidad con este modelo de UDD. Recordemos que es, la nuestra, la única



especialidad que especifica la carga horaria total durante los dos años en 3.600 horas y de ellas 936 son teorías. Por añadidura debemos sumar la omisión flagrante de las instituciones responsables de la resolución de la prescripción autónoma para matronas desde hace más de una década.

Si miramos hacia el pasado, no es hasta 1953 cuando en España la formación de matronas se unifica junto con la de las enfermeras y los practicantes en una nueva titulación, la de ATS. Sin embargo, anteriormente la profesión de matrona era una titulación independiente y una profesión reconocida. En 1957, el título de matrona se definió como una especialidad del de ATS, y posteriormente de DUE, que sumaba un año (12 meses íntegros) de formación a estas titulaciones. Este modelo formativo, como el de todos los países pertenecientes a la Comunidad Económica Europea (CEE), hubo de ser adaptado, con la integración en la CEE (en 1986) a las disposiciones comunes en materia de formación de la titulación referida. Esto supuso para España la suspensión de la formación en 1987 por el incumplimiento de nuestro país al no realizar en el tiempo previsto los cambios firmados por todos los países miembros, por indolencia, irresponsabilidad y la inoperancia de los responsables políticos de la época. En otros países, en situaciones similares, se adaptaron los programas formativos a las Directiva 154/80 sin interrumpir la formación. En España se cerraron las Escuelas de Matronas y tuvimos que esperar a dar continuidad a la formación durante ocho largos años. Y es así como, en España, se optó por la formación vía EIR tutelada por matronas que conocemos, cuya similitud con la formación MIR es únicamente para ambos grupos de especialistas en Ciencias de Salud del sistema sanitario, la consideración como personal con relación laboral especial de residencia en formación, y por tanto, formación retribuida y con derechos laborales reconocidos. La mayor parte de los países siguen un modelo de formación universitaria de acceso directo completa y propia, lo que propicia que las matronas tengan un mayor reconocimiento, identidad y capacidad de desarrollo profesional.

En España hemos podido observar como otras disciplinas que en su día fueron especialidades de ATS, fisioterapia o podología, que optaron por una formación universitaria independiente (poco después de que el título de ATS pasase a ser Diplomatura en Enfermería), aun manteniendo la filosofía del cuidado son, a día de hoy, profesiones independientes, reconocidas, autónomas, con un campo competencial propio y con unos resultados excelentes. Sin embargo, hay que aclarar que este título universitario de aquel momento, correspondía a una carrera de un solo ciclo de tres años porque no existía el grado y eso era insuficiente para la formación de matronas y limitante para el desarrollo académico (doctorado), motivo por el cual no fue escogido por las matronas que desarrollaron el actual programa formativo y lideraban la profesión. Fue necesario un gran sacrificio, renunciar temporalmente a una titulación independiente a cambio de asegurar la mejor formación posible para las futuras matronas. Es por todo ello, que la AEM y la FAME como representantes de las matronas en España, y únicas instituciones representativas ante los Ministerios de Educación y Sanidad, hemos decidido reiniciar el proceso ya arrancado por las mismas entidades en el año 2005 para la consecución de un grado independiente de Matrona y que, por cuestiones logísticas, hubo de ser abandonado en aquel momento por mayor bien de la profesión. Consideramos que ha llegado el momento oportuno para intentarlo de nuevo, aunque somos conscientes de que no será un objetivo sencillo ni rápido de lograr, a pesar de lo cual, conjuntamente las dos asociaciones, estamos dispuestas a dedicarle todo el esfuerzo posible. Este proceso requiere además de la unión y la participación de todo el colectivo algunas condiciones académicas sin las cuales será imposible de lograrlo. Es el momento de las matronas y todas/os demos un paso adelante, con este movimiento se decide el futuro de nuestra profesión, la más antigua del mundo.

Juntas Directivas AEM y FAME, en Madrid a 1 de abril de 2022.

La AEM en el XI Congreso Nacional de Lactancia Materna de la IHAN



El pasado mes de abril, tuvimos el placer de asistir y participar en el XI Congreso Nacional de Lactancia Materna en Pamplona, organizado por la IHAN, iniciativa de la que la AEM es socia fundadora y de la que forma parte en el Comité Nacional junto con otras asociaciones científicas. El Congreso tuvo como lema "Lactancia materna: Salud y Sostenibilidad" como un beneficio más que tiene la lactancia, no solo en la salud materno-infantil, sino en la salud del planeta.

Todo el mundo estuvo de acuerdo en que era el congreso del "reencuentro" porque después de tres años, el último tuvo lugar el de Santiago de Compostela en 2019, no se había podido realizar el que hubiera correspondido al año 2021 y que como todo el mundo sabe hubo que posponer debido a la pandemia que todo el planeta hemos vivido y sufrido. Muchas ganas de reencontrarse, pero no solo por "volverse a ver" sino por hacerlo de manera presencial, física, con contacto, para poder compartir "de ora manera" los aprendizajes y no a través de una pantalla, aunque también se realizó en formato *online* directo para aquellas personas que por alguna razón no pudieron asistir presencialmente.

La nota pintoresca fue que el segundo día la ciudad se cubrió de blanco, de una nieve que convirtió a la ciudad de Pamplona en más atractiva si cabe para todos los asistentes que tienen pocas oportunidades de sentirla así de cerca por vivir en otras zonas del país donde su aparición es inusual, sea en el mes que

sea. Al inicio del primer día hubo muchos talleres pre-congreso muy interesantes que abordaron temas que fueron desde la Salud Mental perinatal en la que se incluye la lactancia, los derechos laborales de las mujeres y madres lactantes, el abordaje de la anquiloglosia, la lactancia materna en prematuros, y otros muchos, hasta un total de once, todos con mucha afluencia de congresistas de distintos perfiles profesionales, nacionales e internacionales, implicados en la lactancia materna. Las diferentes mesas fueron desde temas de tipo social, como por ejemplo la primera, sobre la imagen social de la lactancia materna, hasta la situación de los Bancos de Leche Humana, o de diferentes especialidades médicas como obstetricia, pediatría, psiquiatría, a cual de todas más interesante y didáctica. Por supuesto, hubo un espacio de encuentro para los grupos de apoyo y para la presentación de comunicaciones orales y de defensa de pósteres.

Se concedieron 23 premios patrocinados por las diferentes asociaciones miembros del Comité Nacional, entre ellas la AEM, que otorgó el premio a la mejor comunicación oral realizada por una matrona. El premio recayó en la comunicación titulada: "Impacto de la pandemia por COVID-19 en la lactancia materna en Andalucía. Estudio cualitativo" y cuya autora es la compañera M^a Dolores Sevillano Giraldo, quien recogió el premio entregado por la vicepresidenta de la AEM y representante en el Comité Nacional IHAN, Maribel Castelló López.

La vicepresidenta de la AEM, elegida para el cargo de tesorera de la IHAN

En la reunión anual del Comité Nacional de la IHAN, que como siempre, cuando coincide, tiene lugar en la sede del congreso que se celebre en ese año, se procedió a la elección de candidatos al cargo de tesorera de la

ejecutiva IHAN. La elección de la persona para ocupar ese cargo ha recaído en la Vicepresidenta de la Asociación española de Matronas, Maribel Castelló, representante en la IHAN de esta asociación científica en la IHAN.

La AEM en el Consejo Internacional de la ICM. 100 años de la ICM

Al igual que en 2021, en los pasados 20 y 21 de junio tuvo lugar el encuentro virtual del Consejo Internacional de la ICM, que se hubiera celebrado en su totalidad en 2021 anexo al 32 Congreso trienal a celebrar en Bali, que la Junta de la ICM tomó la decisión de transferir a formato virtual en lugar de continuar con la planeada forma presencial. La Junta de la ICM tomó esta decisión después de considerar toda la información disponible sobre el progreso de la pandemia de COVID-19, por parte de la OMS, el gobierno de Indonesia, la Asociación de Matronas de Indonesia, miembros y socios. La Junta siguió los mismos principios usados al decidir posponer el Congreso de 2020 a 2021 y finalmente a 2023, cuyo anuncio ya está circulando con el lema "Juntos otra vez, de la evidencia a la realidad".

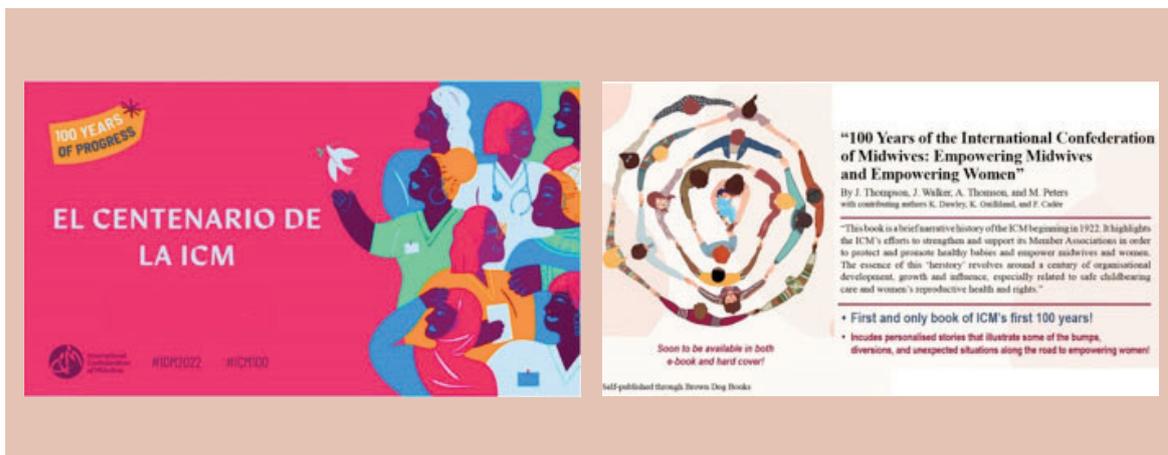
En esta reunión en la que en algún momento estuvieron en red 142 delegados de las 135 asociaciones que conforman la Confederación actualmente, tras el saludo de la presidente Franka Cadee se presentó a votación el Informe anual y financiero 2021, la Suspensión de Asociaciones miembro, las Atribuciones del Comité electoral independiente así como la Actualización de la Constitución y finalmente la Guía global para el liderazgo de la partería.

Así mismo, y coincidiendo con la celebración en este año 2022 de los 100 años de la constitución de la ICM, se dio a conocer que se presentarían a lo largo del año en el Boletín ICM, artículos sobre la historia de

la partería y a finales de año se publicará el libro titulado "100 años de la Confederación Internacional de Matronas: Empoderando a las matronas y a las mujeres", escrito por cuatro matronas veteranas y preeminentes en la ICM, Joyce Thompson, Joan Walker, Ann Thomson y Margaret Peters.

Puede que las autoras procedan de distintos rincones del mundo, pero sus carreras como matronas y su interés por la historia de la partería han inspirado su esfuerzo colectivo por documentar el impacto global de la ICM en los últimos 100 años.

El nuevo libro, que se publicará a finales de este año para celebrar el centenario de la ICM, es una breve historia narrativa de la ICM que comienza en 1922. A través de anécdotas personalizadas y de una amplia investigación, destaca los esfuerzos de la Confederación por fortalecer y apoyar a sus Asociaciones Miembro con el fin de proteger y promover la salud de los bebés y empoderar a las matronas y a las mujeres. Las matronas españolas que han hecho un largo camino en esta Confederación han aportado momentos importantes a esta Institución, primero la integración de las matronas española en 1954 a través del Consejo hasta su extinción en 1977 y posteriormente con su reingreso por la intervención de la Asociación Española de Matronas, de lo que damos cuenta en este y el anterior número de esta revista. Es el primer y único relato de los 100 años de historia de la ICM.



MÁSTER EN CUIDADOS CRÍTICOS ADULTOS PARA ENFERMERÍA

**60
ECTS**



Universidad
Pontificia
de Salamanca

¡NOVEDAD!

¡Lanzamos nuevo Máster en Enfermería 100% online!



Programa desarrollado
por expertos profesionales



Tutor personalizado
durante todo el máster



Formación online,
flexible y de calidad



Acceso exclusivo a la
biblioteca digital Enferteca



Manual impreso
del temario completo



Videoteca con más de
60 contenidos audiovisuales

Descuento suscriptores **METAS 35%**



www.daeformacion.com