



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

**Las Obstetras Parteras y el asesoramiento sobre relaciones sexuales en
gestantes y puerperas: un abordaje integral.**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Vanessa Bordagorry

Br. Belén Conde

Br. Mariangel Ramos

Br. Tatiana Vila.

TUTORA: Prof. Adj. Obst. Part. Verónica Delbono

Montevideo, Diciembre 2020

Agradecimientos

En primer lugar, agradecemos por su tiempo y dedicación a todas aquellas Obstetras Parteras que formaron parte del proceso de realización de nuestra investigación.

A las usuarias y sus familias que nos permitieron observar sus instancias asistenciales.

A nuestra Tutora Obstetra Partera, Educadora y Terapeuta Sexual, Magister Profesora Adjunta Verónica Delbono González, por el tiempo y entrega durante la elaboración de nuestra investigación.

Tabla de Ilustraciones

Ilustración N° 1: artículos 34 al 38 de la Ley 18.211, Capítulo IV Red de Atención en Salud	44
Ilustración N° 2: proceso de codificación hasta alcanzar Categorías de Análisis	56
Ilustración N° 3: Categorías de Análisis con sus propiedades y dimensiones	57
Ilustración N° 4: Construcción de la Categoría 1: Entorno Asistencial y sus Propiedades y Dimensiones	61
Ilustración N° 5: Construcción de la Categoría 2: Obstetras Parteras y sus Propiedades y Dimensiones	64
Ilustración N° 6: Categoría 1 y sus Propiedades y dimensiones.....	66
Ilustración N° 7: Categoría 2 y sus Propiedades y Dimensiones	70

Tabla de contenidos

Agradecimientos	2
Tabla de ilustraciones	3
Tabla de contenidos	4
Glosario o tabla de abreviaturas	6
Resumen/Abstract	7
Introducción	10
Capítulo I	14
Antecedentes	14
Antecedentes Internacionales	14
Antecedentes Nacionales	17
Capítulo II	22
Marco Teórico	23
Introducción	23
Definiciones Sexualidad	24
Sexo	26
Relación Sexual	26
Tipo de Relación Sexual	26
Vínculo Afectivo	26
Salud Sexual.....	27
Género.....	27
Identidad de Género	27
Erotismo.....	27
Genitalidad.....	28
Orientación Sexual.....	28
Identidad Sexual	28
Sexualidad en el embarazo.....	28
Primer Trimestre	29
Segundo Trimestre	30
Tercer Trimestre	30
Sexualidad en el Puerperio	31
Historia de la Partería.....	33
De Parteras tradicionales a Obstetras Parteras en Uruguay	37
Implicancia de la Obstetra Partera en la Educación Sexual Integral	39
Situación actual de las Obstetras Parteras en Uruguay	42
Sistema Nacional Integrado de Salud	44
Rol de las/os Obstetras Parteras.....	46
Rol educativo de la Obstetra Partera	46
Capítulo III	48
Metodología	49

Introducción y Contextualización de la investigación	49
Problema de investigación	51
Objetivo General y Objetivos Específicos	51
Enfoque metodológico.....	51
Implementación metodológica	52
Selección de casos	53
Actividades a desarrollar	54
Instrumentos de recolección de datos	54
Consideraciones éticas	54
Capítulo IV	56
Análisis	56
Análisis y presentación de datos	57
Capítulo V	66
Discusión.....	66
Discusión e interpretación de los datos obtenidos.....	67
Categoría 1: Entorno Asistencial	67
Categoría 2: Obstetra Partera	71
Capítulo VI	76
Conclusiones y Recomendaciones	76
Conclusiones	77
Recomendaciones	80
Referencias bibliográficas.....	82
Anexos y Apéndices	91
Anexo I.....	91
Nota Pre aprobación de Comité de Ética	91
Anexo II.....	92
Nota Fallo de Comité de Ética.....	92
Anexo III.....	93
Nota Aprobación de Comité de Ética.....	93
Apéndice I.....	94
Grillas de observación.....	94
Apéndice II.....	99
Consentimientos informados	99
Apéndice III.....	103
Códigos y su definición	103
Apéndice IV	106
Dimensiones	106

Glosario

APS: Atención Primaria en Salud.

AOU: Asociación Obstétrica del Uruguay.

CIM: Confederación Internacional de Matronas.

Falocentrista: Ideología que pone al órgano sexual masculino como el elemento central en la organización del mundo social

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

FMED: Facultad de Medicina.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

Heteronormatividad: es un régimen social, político y económico que impone las prácticas sexuales heterosexuales.

IMPO: Centro de Información Oficial

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de Naciones Unidas.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PAP: Prueba de Papanicolaou.

RAE: Real Academia Española.

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud.

UdelaR: Universidad de la República.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Resumen

En el Uruguay de hoy donde las políticas en salud hacen énfasis en el respeto por los Derechos Sexuales y Reproductivos de las personas, en donde la Universidad es gratuita y la población recibe educación sexual en diversos ámbitos, es que surge nuestra investigación sobre el rol profesional de la Obstetra Partera en cuanto al abordaje de la genitalidad en gestantes y púerperas.

Partimos de la pregunta inicial que determina el problema de investigación: ¿Las Obstetras Parteras, brindan información adecuada sobre genitalidad en la etapa de embarazo y puerperio?

Tomando como punto de partida nuestro interés por la salud sexual y reproductiva de la mujer y sabiendo que la sexualidad es parte de las personas desde el nacimiento hasta la muerte, además interviene en todos los aspectos de la vida, nos pareció pertinente llevar a cabo este estudio, ya que en nuestro transcurso como estudiantes pudimos notar una falencia en este tema. El trabajo tuvo como objetivo describir cómo es la información que se le brinda (en caso de que se brindara) a las mujeres en el proceso de gestación y puerperio sobre genitalidad.

Para ello planteamos realizar una investigación cualitativa con metodología etnográfica, que involucró a Obstetras Parteras en sus distintas funciones dentro de los centros de Primer Nivel de Atención y Hospitalarios.

La observación puso énfasis en los aspectos concernientes a la sexualidad, y en particular a la genitalidad y/o relaciones sexuales.

La recolección de datos se llevó a cabo en base a tres grillas de observación a modo de orientación, en diferentes etapas del momento asistencial, incluyendo el embarazo, parto y puerperio. Dicho instrumento fue testeado en instancias iniciales del trabajo de campo, ajustándose a los objetivos y preguntas de investigación. El período de observación comprendió desde el 15 de julio hasta el 15 de agosto del 2020 (dada la emergencia sanitaria en la que se encuentra nuestro país por la pandemia por COVID-19).

En cuanto al análisis y los hallazgos obtenidos, una vez logrado el ordenamiento conceptual, este nos llevó a la construcción de dos categorías: Entorno Asistencial y Obstetra Partera.

Palabras clave

Salud Sexual - Obstetra Partera - Genitalidad - Embarazo - Parto - Puerperio.

Abstract

It is in today's Uruguay, where health policies emphasize respect for sexual and reproductive rights of every individual and where access to the University is free and the population receives sexual education in various fields, that our research emerges on the professional role of the Midwife Obstetrician regarding the approach to genitality in pregnant and postpartum women.

We start from the initial question that determines the research problem: Do Midwife Obstetricians provide adequate information on genitality during pregnancy and postpartum periods?

Considering our interest in the sexual and reproductive health of women as a starting point and knowing that sexuality is part of each individual from birth to death and that it also intervenes in all aspects of life, it seems pertinent to carry out this study, since throughout our student period we noticed a flaw in this matter. The objective of this work is to describe how the information about genitality is provided (in case any is indeed given) to women during the gestation process and puerperium.

In order to do this, we propose to carry out qualitative research with ethnographic methodology, which involves Midwife Obstetricians in their different roles within hospital centers and that are part of our academic career.

The Hospital centers are: Hospital of Florida "Dr. Raúl Amorín Cal", Hospital of Maldonado "Dr. Elbio Rivero Moreno", Hospital of Lavalleja "Dr. Alfredo Vidal y Fuente" and in Montevideo "Centro Hospitalario Pereira Rossell".

The observations will be made in four hospitals based on our path as students and will focus on the aspects concerning to sexuality, and in particular to genitality and/or sexual relations.

The data collection will be carried out based on three observation grids as a guide, at different stages of health care, including pregnancy, childbirth and the puerperium periods. The observation period ran from July 15 to August 15, 2020 (given the health emergency our country is in due to the COVID-19 pandemic).

This grids will be tested and then adapted from its application. At the same time, by asking for informed consents of Midwives Obstetricians for their participation in the study, we hope to obtain contributions that will guide us in the final conformation of the data collection grid.

This instrument will be applied taking into account the objectives of this research as well as the questions raised.

Regarding the analysis and the findings obtained, once the conceptual ordering was achieved, it led us to the construction of two categories: Care Environment and Midwife Obstetrician.

Keywords

Sexual Health - Midwife Obstetrician - Genitality - Pregnancy - Childbirth - Puerperium.

Introducción

En este trabajo denominado “Las Obstetras Parteras y el asesoramiento sobre relaciones sexuales en gestantes y púerperas: un abordaje integral”, partimos de la pregunta inicial que determina el problema de investigación: ¿Las Obstetras Parteras, brindan información adecuada sobre genitalidad en la etapa de embarazo y puerperio?

Llegamos al problema por vivenciar en nuestra práctica clínica de segundo y tercer año de la carrera Obstetra Partera, que no se brinda información, o no la suficiente sobre genitalidad a usuarias embarazadas o cursando la etapa de puerperio.

La genitalidad hace referencia al aspecto más corporal de la sexualidad, centrándose en los genitales. Es un concepto parcial del sexo del individuo y de su conducta sexual, reduciendo ambos conceptos al aspecto anatómico fisiológico de los genitales o reproductores, entendiendo principalmente: el pene en el varón y la vagina en la mujer.

Además de ser escasa la información brindada, consideramos que a veces la misma es incorrecta o se deja abierta a interpretación. Muchas veces no se le da la iniciativa a la usuaria o no se da el espacio necesario para que pueda expresar sus prácticas sexuales, dando por hecho por parte del profesional, que solo la práctica sexual se basa en las relaciones sexuales coito vaginales y la orientación sexual. Es importante como Obstetras Parteras tener una visión amplia y dejar los prejuicios a la hora de brindar información.

Según Soler (2006), la maternidad es una construcción social. Entre la madre de quien hablamos y la madre que habla, la distancia es larga. La primera es objeto, visto a través del prisma del fantasma del que habla. La segunda es sujeto, eventualmente analizante, y como tal presa de la división hablante-ser.

Esto aleja del asesoramiento correcto, completo, oportuno y en profundidad sobre la sexualidad.

Socialmente no hay educación sexual adecuada. En las escuelas, liceos, no se brinda, o si se brinda es acotada y mayormente desde un enfoque de riesgo, abarcando la protección de infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos. Por esto, es de suma importancia aprovechar cada acercamiento con las usuarias para poder brindar información completa, correcta y abierta a sus prácticas sexuales, buscando así empoderar a las mismas para la toma de decisiones.

En nuestra formación como Obstetras Parteras debemos adquirir destrezas para ser capaces de brindar educación y orientación de la sexualidad en todas las etapas evolutivas de la vida.

Por otra parte, el objetivo de las guías del Ministerio de Salud Pública [MSP] (2014a) es crear un modelo de atención de reforma de salud, salud sexual y reproductiva como derecho humano, empoderando a las mujeres, su autonomía y atención integral de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018), la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, que debe tener un enfoque positivo de la misma y las relaciones sexuales, como también poder tener experiencias sexuales placenteras y seguras, con la ausencia de prejuicios, discriminación, coacción y violencia.

Basándonos en lo anteriormente mencionado sobre la formación de Obstetras Parteras, el objetivo del Ministerio de Salud Pública y la definición de la OMS, es que nos encontramos, según nuestra percepción, que en la práctica clínica hemos notado que algunas Obstetras Parteras no cumplen con lo antes descrito, además también presenciamos momentos donde se transmiten conceptos erróneos y fortalecen tabúes sobre la sexualidad.

Cabe destacar que durante nuestra formación presenciamos consultas en las cuales la Obstetra Partera brinda información completa y adecuada a la usuaria. Pero destacando que fue la inmensa minoría de los casos.

Proyectándonos como futuras Obstetras Parteras, nos genera incertidumbre y preocupación sabiendo que la formación académica incluye educación sexual, nos cuestionamos ¿cuál es la causa de la falta de información adecuada?, ¿qué factores intervienen a la hora de hablar de sexualidad?, ¿factores políticos, culturales, espirituales, religiosos, sociales, económicos?, ¿no se brindan las herramientas suficientes? o ¿se brindan herramientas que no son adecuadas para cada estudiante? Como mujeres, con autonomía de decisión, es nuestro derecho y el de todas, recibir información completa y actualizada en todas las etapas de la vida.

Podemos visualizar que las dificultades relacionadas al abordaje del asesoramiento sobre relaciones sexuales en gestantes y puérperas puede estar influenciado por prejuicios personales o el estigma social que puede condicionar el ejercicio profesional.

Este trabajo se realizó en cuatro departamentos de Uruguay. Los centros hospitalarios fueron Hospital de Florida “Dr. Raúl Amorín Cal”, Hospital de Maldonado “Dr. Elbio Rivero Moreno”, Hospital de Lavalleja “Dr. Alfredo Vidal y Fuente” y en Montevideo “Centro Hospitalario Pereira Rossel”.

Queremos señalar la existencia de algunas políticas sociales y de salud que han ido surgiendo y modificándose con los años, de las cuales las Obstetras Parteras no son ajenas.

La creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), ha permitido que la población más vulnerable tenga acceso a más recursos.

En lo que refiere a la situación específica de las mujeres se destaca la Creación del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género mediante el cual se pretende fortalecer el marco político, técnico y operativo en el que se ejecutan las acciones de salud orientadas a las mismas (MSP, s.f.).

Con referencia a la prevención y control de las enfermedades con mayor prevalencia en las mujeres son importantes los marcos normativos como la determinación por decreto de ley del derecho de las mujeres trabajadoras al goce de un día libre al año para la realización del examen PAP y /o mamografía (MSP, s.f.).

Se despenaliza el aborto en 2012, creándose la Ley N° 18.987, que establece que las mujeres, por primera vez, pueden decidir interrumpir un embarazo si este se encuentra dentro de los parámetros que la ley indica (Ley N° 18.987, Uruguay, 2012).

Se reglamentó el Vademécum para las Obstetras Parteras en 2019, siendo así habilitadas por el Ministerio de Salud Pública a prescribir según sus competencias, esto genera un enorme beneficio, ya que las usuarias y sus familias tienen más facilidades a la hora de obtener, por ejemplo, métodos anticonceptivos (Uruguay, 2019).

Para llevar a cabo la investigación nos planteamos como pregunta general ¿Cómo es la información que brindan las Obstetras Parteras sobre genitalidad en el embarazo y puerperio?

Las principales preguntas que buscamos responder a medida que realizamos la investigación fueron: ¿brindan las Obstetras Parteras a las mujeres embarazadas o puérperas, información sobre genitalidad en las relaciones sexuales?, ¿cuál es la información que se brinda?, ¿cómo es la información?, ¿basado en qué fundamentos?, ¿por qué consideran las Obstetras Parteras que deben dar ese asesoramiento?, ¿en qué momento del proceso asistencial se da la información?, ¿en qué momento del proceso de gestación se da la información?

Nuestro objetivo general fue analizar y discutir cómo es la información que brindan Obstetras Parteras a mujeres en el proceso de gestación y puerperio sobre las relaciones sexuales en Uruguay.

Respecto a los objetivos específicos nos planteamos en principio cinco, los cuales detallamos a continuación:

- Indagar si Obstetras Parteras ofrecen información a las usuarias gestantes y puérperas respecto a las relaciones sexuales en algún momento del proceso.
- Reconocer en qué momento(s) del proceso asistencial y gestacional se otorga este tipo de información o asesoramiento.

- Determinar de qué forma se transmite la información.
- Identificar los fundamentos que motivan a las Obstetras Parteras a abordar temáticas de educación sexual.
- Conocer la convicción o la ideología que sustenta esta práctica educativo-asistencial.

La metodología que se seleccionó para esta investigación es cualitativa con diseño etnográfico con el fin de explorar, examinar un grupo de personas, en este caso de Obstetras Parteras, utilizando como instrumento de recolección de datos una grilla que recogerá lo observado y pautado previamente, según la intencionalidad del estudio.

Nuestro trabajo se organiza en seis capítulos, que se detallan a continuación:

En el Capítulo I se desarrollarán los antecedentes nacionales e internacionales relacionados a la investigación.

El Capítulo II incluye la descripción del marco teórico en el cual se exponen contenido de importancia para el entendimiento del trabajo.

La metodología de investigación, objetivos y los instrumentos de recolección de datos se encuentran en el capítulo III.

En el Capítulo IV se realizó el análisis y la descripción de los datos obtenidos en las observaciones.

Se describe en el Capítulo V la discusión e interpretación de los datos obtenidos.

En el Capítulo VI se presentan las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente agrupamos en apéndices las grillas que implementamos como material guía para nuestra observación, consentimiento informado, códigos, dimensiones y sus respectivas definiciones.

CAPÍTULO I

Antecedentes

Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Hemos encontrado varios estudios relacionados con el tema de esta investigación, por lo que a continuación describiremos los más importantes.

García et al. (2015) realizaron la investigación denominada “Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de puérperas”, y se plantearon como objetivo caracterizar la expresión de la sexualidad durante el embarazo en un grupo de puérperas. La población estudiada fueron 1049 puérperas, que constituyeron la población atendida en el periodo de estudio, del cual se escogieron 300 puérperas que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión.

- Puérperas con pareja estable durante el embarazo.
- No existencia de contraindicaciones médicas para la actividad sexual.
- Disposición de la puérpera a participar en el estudio.

La conclusión de esta investigación fue que el deseo sexual se mantuvo en las pacientes estudiadas, pero la frecuencia de las relaciones sexuales, disminuyó, en la medida en que el embarazo avanzaba. La mayoría de las encuestadas evalúa como gratificante las relaciones sexuales en este período, manteniéndose la calidad y la forma preferida de las mismas. Una cifra no despreciable de ellas no había recibido información sobre sexualidad en el embarazo, señalado por los investigadores de la siguiente forma

- El 68 % de las mujeres recibió información antes del embarazo y/o en los dos primeros trimestres.
- El 24 % recibió información en el tercer trimestre.
- El 27 % no recibió información por parte de profesionales de salud, pero sí pudieron obtener escasa información a través de los medios de comunicación.

En el artículo publicado por Millheiser (2012) “Sexualidad y embarazo”, encontramos varios datos interesantes, que citamos a continuación:

Para muchas mujeres, el “sexo” es una parte saludable del embarazo. De todas maneras, las mujeres deben estar preparadas para los cambios que puedan ocurrir y poder hablar y discutir con la Obstetra o el Médico si algo le preocupa o genera dudas.

El embarazo interfiere en la sexualidad de las mujeres de diferente manera, esto está dado a los cambios que se generan en los diferentes trimestres. Existen cambios típicos como la presencia de náuseas, vómitos, cansancio, miedo, aumento de lubricación vaginal, incomodidad, cambios físicos; etc. Estos cambios pueden generar variantes en la actividad sexual de cada mujer.

Rodríguez León y Arbués en el período mayo a julio del 2012 en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, España, realizaron un estudio titulado "Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada".

Se plantearon como objetivo analizar los cambios que se producen en la sexualidad de la mujer durante el embarazo. El estudio consistió en un análisis descriptivo transversal sobre una muestra de 74 embarazadas. Se recogieron datos de filiación, estudios, nivel socioeconómico y cultural, edad, duración de la convivencia, hábitos sexuales, satisfacción con respecto a su vida sexual y educación sexual recibida.

Los resultados extraídos de la investigación fueron que el interés sexual en la embarazada se ve disminuido con el embarazo. En general, la frecuencia de coitos a la semana también se encuentra disminuida. Más de la mitad de las encuestadas encuentran su vida sexual satisfactoria, sin olvidar que una pequeña parte de ellas aumenta su interés y mejora su vida sexual. Prácticamente todas las encuestadas tienen frecuentes encuentros no genitales, éstos son muy deseados y se les da mucha importancia tanto por parte de las mujeres como de sus parejas. Como conclusión general se destaca que una mayor educación sexual durante este periodo efectuada por profesionales formados en salud sexual puede mejorar la satisfacción de la gestante y su estado general de salud (Rodríguez y Ramón, 2013).

En España, 2012, Gómez y Moreno realizaron un estudio titulado "La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio". El estudio planteaba un objetivo general: tener una mejor comprensión de los aspectos que intervienen en la vivencia de las mujeres gestantes y puérperas, respecto a cómo expresan su sexualidad durante su gestación y puerperio, también averiguar acerca de qué idea tienen de sexualidad los profesionales de la salud que proporcionan asesoramiento e información al respecto y a valorar a través de qué medios lo realizan y qué metodología utilizan para ello.

El trabajo tiene como intención interpretar y explicar el fenómeno, y en la perspectiva de que este análisis contribuye al fomento y disfrute de la sexualidad.

Dentro de los objetivos específicos se pueden encontrar objetivos relacionados a la mujer y otros que involucran a la matrona. Los objetivos dirigidos a la mujer son: conocer las vivencias sexuales de las mujeres durante la gestación, analizar tabúes, ideologías, actitudes, valores, moralidad, y creencias que se declaran en esta etapa de la vida. Los objetivos que refieren a las matronas incluyen: conocer y analizar los significados, valores e ideas respecto a la sexualidad durante la gestación y analizar las interacciones que se establecen durante la educación

maternal, así como en los talleres de apoyo entre las mujeres que asisten a los mismos.

La metodología de esta investigación fue cualitativa, a través de entrevistas en profundidad y observación, así pudiendo conocer para luego analizar e interpretar.

Las principales conclusiones extraídas de la investigación fueron que la sexualidad como expresión de la personalidad, es única, personalizada e irrepetible, debe existir un paso de aceptación y adaptación a él y a la variación del disfrute sexual en la medida de las posibilidades y deseos. La educación sexual se hace cada vez más necesaria en todas las etapas de la vida de la mujer. A juzgar por la observación que realizaron, así como en el desarrollo de las entrevistas, se concibieron altas dosis de desconocimiento y errores, tanto en mujeres jóvenes como en adultas, que afecta gravemente al equilibrio emocional. Enseñar a conocer y aceptar el propio cuerpo, a buscar información o a demandar ayuda es educar para ser capaces de establecer con los demás unas relaciones más sanas y satisfactorias (Gómez y Moreno, 2012).

Antecedentes Nacionales

Respecto a la revisión nacional, encontramos trabajos finales de grado realizados por estudiantes de la Escuela de Parteras, Facultad de Medicina de la Universidad de la República, para la obtención del título. Y también un artículo de debate.

Akar y Camps (2017), realizaron una investigación denominada “Construcción etnográfica del Rol Obstetra Partera en el Hospital Regional de Tacuarembó”. Se plantearon como objetivo general reconstruir etnográficamente el rol profesional de las Obstetras Parteras en el Hospital Regional de Tacuarembó en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. La población estudiada fueron cinco Obstetras Parteras del Hospital de Tacuarembó. Observaron que rol y funciones desempeñan en estos lugares: Policlínica de Salud Sexual y Reproductiva, Policlínica de control obstétrico y sala de maternidad. Las conclusiones de esta investigación fueron:

- Escenario de trabajo acotado por falta de interés de las Obstetras Parteras.
- Escasa motivación por parte de las profesionales, que se da por falta de conocimiento del marco legal que las ampara.

- Desactualización en prácticas asistenciales.
- Desconocen cómo trabajar de forma interdisciplinaria.
- Se noto que además de no ganar espacios laborales, las obstetras parteras los están perdiendo por la normalización de la reducción de tareas.

Se realizó un estudio en el año 2009, por Mortalena y Muriega que se tituló “Sexualidad en el año posterior al parto”. Como objetivo general planteaba saber cómo se vivía y manifestaba la sexualidad de las usuarias dentro del primer año de puerperio.

Dentro de los objetivos específicos se mencionaba: conocer la relación de la sexualidad con la lactancia, describir los factores que influyen sobre la sexualidad el año posterior al parto, identificar las necesidades de las usuarias en cuanto a educación y asistencia dentro del período grávido-puerperal, estudiar si existen diferencias en la sexualidad entre los distintos niveles socioculturales, evaluar las diferentes prácticas sexuales dentro de ya mencionado período. Investigar si existen diferencias en la sexualidad entre primíparas y multíparas.

Como metodología de trabajo realizaron entrevistas abiertas a usuarias que se encontraban dentro de la etapa de puerperio tardío y alejado.

A modo de conclusión, se destaca: La sexualidad se ve atravesada por varios factores como, por ejemplo, la llegada de un nuevo individuo, el miedo a lo desconocido, el cansancio que implica el adaptarse a una nueva rutina.

El reinicio de las relaciones sexuales no fue vivido como un acto placentero, sobre todo en las usuarias que presentaban sutura, ya sea por desgarro o por episiotomía. No se encontraron diferencias entre primíparas y multíparas. La lactancia no afecta el reinicio de las relaciones sexuales.

Rodríguez y Rosa realizaron su trabajo en 2017, denominado “Reinicio de las relaciones sexuales en el postparto en usuarias de la Red de Atención en Primer Nivel”, el cual tenía como objetivo principal contribuir al conocimiento acerca del reinicio de las relaciones sexuales en el postparto, en mujeres que realicen el control pediátrico en las Red de Atención de Primer Nivel, dentro de los objetivos específicos se encontraron: determinar los factores que influyen en el reinicio de las relaciones sexuales; evaluar el tiempo transcurrido para el reinicio de relaciones sexuales postparto; identificar el tipo de relación sexual con el que se reinicia la actividad sexual; valorar la afectación de suturas sobre las relaciones sexuales coitales; y establecer el conocimiento de las usuarias sobre las alternativas de las relaciones sexuales coitales. Implementaron una metodología de investigación cuantitativa, con un tipo de estudio descriptivo y luego aplicaron un análisis correlacional.

Como conclusiones generales se destacan: algunos de los factores que sobresalen para el reinicio de las relaciones sexuales son: el no tener pareja, el cansancio, agotamiento, falta de tiempo y en menor medida falta de deseo, se obtuvo un gran porcentaje de mujeres que reiniciaron su relación sexual coito vaginal luego de los 30 días postparto, destacando así que contaban con la información necesaria de los riesgos de infección, la práctica sexual con la que reinician su sexualidad es la coito vaginal.

En octubre del año 2019, se entregó el trabajo final de grado bajo el título “Cuarentena postparto: En la sombra del puerperio”, su autora fue Nadia Lachaise Atto. Como objetivo general se planteó relacionar la cuarentena postparto desde una perspectiva socio-cultural y su influencia sobre la sexualidad y maternidad a partir del abordaje integral de la Obstetra Partera. Dentro de los objetivos específicos se destacan: analizar los cambios que surgen a nivel psico-emocional durante la etapa correspondiente a la cuarentena postparto, describir la evolución que ha surgido del concepto de maternidad en relación con la sexualidad y la identidad como mujer, fundamentar la importancia que presenta la Obstetra Partera en el abordaje de la educación sexual integral y su acompañamiento.

La metodología utilizada fue el análisis de datos obtenidos mediante revisión bibliográfica, a nivel nacional e internacional, describiendo la visión que surge desde la historia y la actualidad. Como conclusión el trabajo arrojó que, las Obstetras Parteras representan gran importancia dentro del equipo de salud, siendo parte de las transformaciones culturales sobre la maternidad a lo largo de la historia y también en la actualidad. Su rol en el cuidado de la salud de las usuarias hace que se logre captación, así como un primer acercamiento a la mujer y su entorno, brindando asistencia, contención, educación, promoción y prevención.

Es fundamental abordar la repercusión que conlleva el proceso de maternidad, así como las consecuencias, si la misma no es vivida como el ideal que se impuso durante la historia.

También en 2019, Brun, Cabrera y Martínez realizan su trabajo denominado “Percepción de los profesionales sobre el futuro sexual de la mujer luego del parto”. Se plantearon como objetivo relevar desde la perspectiva de las y los profesionales la existencia o no de consecuencias en el futuro sexual de la mujer luego del parto. Ellas aplicaron una metodología cualitativa, con un enfoque fenomenológico. De sus conclusiones, destacamos:

- Las y los profesionales de las disciplinas biomédicas no cuentan con herramientas para realizar el abordaje de la sexualidad, ya que la Universidad de la República no brinda formación al respecto. A excepción de las Obstetras Parteras, ya que desde la formación curricular se promueve una mirada sensible para el abordaje en sexualidad.

- La sexualidad aún es considerada un tema tabú en nuestra sociedad y cultura.
- La Obstetra Partera en el contexto del embarazo, parto y puerperio cumple un rol referente, generando espacios de educación y preparación, donde involucrar a todas las disciplinas que deberían integrar el equipo, sería fundamental para lograr una atención integral.
- Afirman que según la perspectiva de las y los profesionales, de contar con formación enfocada a la sexualidad y su abordaje, generará concientización y sensibilización al respecto.
- A pesar de que son conocidas las implicancias de la sexualidad sobre la persona, se vio que el marco teórico era deficitario, por lo que se entendió que el estudio de la sexualidad de la mujer, independientemente de los aspectos reproductivos, ha sido en términos generales, poco integral e insuficiente.

Delbono (2018) en un artículo de debate publicado en la revista AnFaMed de la Facultad de Medicina, de la Universidad de la República, denominado “Abordaje de la sexualidad en el período grávido – puerperal”, manifiesta que el asesoramiento sobre sexualidad, y lo que tiene que ver con las relaciones sexuales durante el embarazo y puerperio, son temas poco abordados por los profesionales de la salud, y si se hace es con un enfoque de prevención de riesgos.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

Marco Teórico

En este capítulo se abordarán temas relacionados a la investigación con el fin de poder situar a nuestro problema dentro de un conjunto de definiciones y aspectos teóricos.

Introducción

Las Obstetras Parteras desarrollan asesoramiento y educación enfocada hacia la salud integral de la mujer y, en particular, hacia su salud sexual, que incluye a la salud reproductiva, concepto que generalmente se ve como salud sexual y reproductiva. por lo que creemos indispensable que se incluya en el proceso asistencial. Lo que nos motiva a realizar dicha investigación es haber presenciado en diferentes oportunidades la falta de información sobre sexualidad durante el embarazo, parto y puerperio. Se dan situaciones en las que prima el valor personal sobre el profesional, donde se observa pudor u omisión del asesoramiento que se esperaría en este proceso, perdiendo la posibilidad de realizar una atención integral.

Según el perfil profesional de la Obstetra Partera “desde el punto de vista profesional, es la persona que, con formación científica, motivación, aptitud y actitud responsable proporciona una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo vital” (Universidad de la República [UdelaR], s.f. p. 1).

Entendemos que para cumplir este perfil es necesario que se brinde educación sexual en el desempeño de la profesión, por lo que nos planteamos discutir y analizar si en este ejercicio es llevado a cabo, buscando contribuir con el desarrollo profesional.

La Ley 18.426 - De los derechos sexuales y reproductivos habla en sus artículos 3 (objetivos específicos) y 4 (institucionalidad y acciones) acerca de difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva, de forma integral lo que incluye la integración de los equipos de salud por las Obstetras Parteras.

Consideramos que es importante realizar este trabajo final para contribuir a la reflexión de la práctica profesional, generando el acercamiento a nuestra casa de estudio y actualización permanente, así como generar material de apoyo a otras estudiantes.

Sexualidad

Como manifiesta Molero (2006), la Sexualidad representa la capacidad de brindar placer y es central en la vida de los seres humanos, así como también poder reconocerla y asumirla como un derecho que presentan los seres humanos.

Según se refiere en el estudio prospectivo realizado por Rejane, Matos y Rosas (2010), la sexualidad ha sido estudiada por muchas disciplinas dada su diversidad de expresión y su cambio en la representación de los seres humanos, de acuerdo al momento en que se encuentran, pues va a evolucionando y transformando en el correr del tiempo.

Rejane, Matos y Rosas (2010) la consideran como parte constituyente del sujeto, ella pasará por transformaciones en la medida en que el individuo vive nuevas experiencias. Se entiende así que no está limitada solamente a la relación sexual o a la reproducción, más bien ella integra la vida del individuo en todos los ámbitos.

“Es una construcción histórica cultural por ende su expresión se transforma dado que las costumbres, tradiciones y valores varían durante la evolución social” (Molero, 2006).

Según la Organización Mundial de la Salud, se define a la sexualidad como:

Una capacidad que presenta el ser humano, basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y la reproducción. Se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000, p. 12)

Como plantea González (2016), se ve individualizada en cada ser humano por dichos factores, otorgando diferentes vivencias en cada uno de ellos, construye nuestra personalidad, nos define como personas integrales e implica una infinidad de derechos humanos que hacen a esta formación.

Según el médico Psicoanalista Sigmund Freud (1901-1905), la sexualidad es una característica que surge desde el nacimiento y nos acompaña el resto de la vida.

Foucault (1986) manifiesta la sexualidad como

Una vivencia particular en la historia que está dada por tres ejes la formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (sujetos sexuales y sujetos deseantes).

Sobre la sexualidad se ven los aspectos de la identidad y la cultura, donde durante la vida, la sexualidad es un pilar fundamental que otorga a las personas un lugar en el mundo y la capacidad de experiencias y vivencias (Molero, 2006; Zapata y Gutiérrez, 2016).

La evolución que la sexualidad y su concepción ha tenido durante la historia hace posible los procesos de hominización y transformación cultural, sobre todo en los conceptos de sexualidad dirigidos a las mujeres. Este cambio de paradigma está dado por la evolución del concepto de sexualidad, dejando de lado la sexualidad como encuentros compulsivos con fines reproductivos (Labrador y Miyar, 2001; Zapata y Gutiérrez, 2016).

En la actualidad, la movilización y revolución feminista ha demostrado y logrado términos de igualdad y equidad socio-cultural en comparación con los varones. La conducta sexual no forma parte sólo del instinto de las personas, ya que los seres humanos son representados como seres conscientes y durante el proceso de hominización estos conceptos se han transformado (Molina, 2006; Zapata y Gutiérrez, 2016).

Como manifiestan Labrador y Miyar (2001), siempre estuvo impregnada de misterio, oscurecida por varias razones y encarcelada en la ignorancia.

La atribución sobre el ser varón o mujer, aparte de los caracteres biológicos, está dada por la cultura y la historia, donde la Obstetra Partera cumple un rol fundamental desde que se habla de nena o varón (rosado o celeste para determinar desde ese momento el género). Por lo tanto, el género está marcado históricamente repercutiendo en su definición elementos culturales, siendo producto de la vinculación entre la biología, sociedad y cultura, por lo cual, su conformación es diversa (Rodríguez, 2015).

Gómez (2010) plantea que la sexualidad se manifiesta de acuerdo al rol genérico, donde se visualiza la expresión de la sexualidad, y que a través del deseo se busca el placer sexual de acuerdo a comportamientos sexuales auto eróticos o hetero eróticos. Por lo tanto, la sexualidad no sólo comprende las relaciones sexuales, sino que estas mismas forman parte de ella.

Según detalla Soria (2012) en su investigación, la diversidad sexual plantea variadas formas sobre lo que implica ser mujer o ser varón, la feminidad o masculinidad están históricamente otorgadas por la biología, por lo cual ha sido

determinado culturalmente como lo real e incambiable, detallándose infinidad de normas represivas.

Sexo

El sexo alude a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos (OMS, 2018).

Relación sexual

Se define como el contacto físico entre personas, con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual, favorecer la comunicación, las relaciones personales afectivas o con fines reproductivos. Relación sexual es todo tipo de vínculo sexual, no solo genital, sino que también involucra besos, caricias, abrazos, masajes, sexo oral, sexo anal, masturbación mutua o cruzada, tanto en parejas homosexuales como heterosexuales (Coronas, 2013).

Tipo de relación sexual

Cualquier contacto que suponga excitación sexual con o sin orgasmo. Abrazos, masajes, caricias o besos en el cuerpo, pero no en los genitales. Caricias en la zona genital.

Sexo oral: felatio, cunnilingus y anilingus.

Sexo coital o con penetración (con o sin eyaculación). La penetración puede ser vaginal o anal (Coronas, 2013).

Vínculo afectivo

La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo (OMS, 2000).

Salud sexual

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales (OMS, 2018).

Género

El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (OMS, s.f.).

Dada esta forma de imponer la cultura, el estereotipo de varón y mujer está determinado como las únicas formas de ser mujer y varón, como si no fueran posibles otras maneras. La cultura otorga los diferentes aspectos sexuales a los seres humanos, pero estos atributos califican a los seres por su biología, por lo que históricamente hasta la actualidad se ha estudiado e intentado dejar de lado la gran magnitud de las diferencias corporales para la atribución sexual. Los órganos genitales y la capacidad de reproducción son elementos y características que se han utilizado para la determinación del sexo (Schwarcz, 2005; Rodríguez, 2015).

Identidad de género

La identidad de género es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la experimenta profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2013).

Erotismo

Capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo,

que, por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano (Zapata y Gutiérrez, 2016).

Genitalidad

La genitalidad hace referencia al aspecto más corporal de la sexualidad, centrándose en los genitales. Es un concepto parcial del sexo del individuo y de su conducta sexual, reduciendo ambos conceptos al aspecto anatómico fisiológico de los genitales o reproductores, entendiendo principalmente: el pene en el varón y la vagina en la mujer (Coronas, 2013).

Orientación sexual

Organización del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género que presenta el otro individuo involucrado en la relación sexual (Cabello, 2010).

Identidad sexual

Como el individuo se identifica como hombre, mujer o ambos y la orientación sexual (OMS y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2000).

Sexualidad en el embarazo

La sexualidad en el embarazo es un tema poco abordado, el cual se encuentra lleno de mitos, miedos e ignorancia, debido a la poca información y educación que se les brinda a las mujeres y parejas durante la gestación. Dentro del equipo de salud se encuentra una gran deficiencia sobre la educación otorgada, no se empodera a las parejas sobre esta temática, no siendo posible la preparación adecuada sobre cómo podría verse afectada la sexualidad ni brindar herramientas para su nueva construcción (Labrador y Miyar, 2001).

Debe ser un tema abordado por profesionales capacitados, otorgando la confianza necesaria para permitirles a las mujeres ser libres en sus expresiones, manifestando todas sus dudas y preocupaciones de una forma segura. Se debe

ver a las mujeres como seres sexuales, no solo desde la maternidad. Se debe educar no solo con enfoque en la prevención de riesgos ni limitar las relaciones sexuales a relaciones con penetración ya que existen múltiples formas de manifestar la sexualidad (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2014a).

Durante el embarazo ocurren múltiples cambios no solo fisiológicos sino también psíquicos, los cuales condicionan la sexualidad. La sexualidad es una construcción individual, es una expresión personal de cada persona y pareja, siendo variable su manifestación y la manera de sentir placer (OMS y OPS, 2000).

Si bien la sexualidad se manifiesta de forma individual, así como también las dificultades y miedos que surgen en el embarazo, hay varios cambios que pueden condicionar la vida sexual. Se detallan durante el embarazo cambios a nivel hormonal de gran influencia sobre el deseo sexual. Existe un aumento de estrógenos y progesterona, el cual provoca un aumento de la libido, aunque hay mujeres que sufren lo contrario. Los cambios fisiológicos como ser el aumento de peso, cambios en la piel, náuseas, vómitos, pesadez, así como variados otros, pueden provocar un cambio en la respuesta de las mujeres a la sexualidad (Molero, 2006).

Otros factores de importancia a destacar son los culturales, religiosos, educacionales, vivencias, miedos, creencias, cambios en el humor, complicaciones médicas, la relación o compromiso de pareja, estar o no acompañada, la comunicación, así como también el impacto que el embarazo genera sobre la realidad actual, son factores que marcan grandes influencias sobre la estabilidad y construcción de la sexualidad durante este periodo (Molero, 2006).

Primer Trimestre

Diferentes autores (Masters y Johnson, 1969; Molero, 2006) coinciden en que en esta etapa suele haber disminución de la libido en las mujeres debido a la serie de cambios que se producen en el cuerpo y el periodo de adaptación que este atraviesa.

Existe una diferencia en la conducta sexual, con disminución de la libido en mujeres, que presentan elementos del sistema neurovegetativo (náuseas, vómitos, mareos) los que generan molestias y malestar, cansancio, trastornos del sueño, dolor por las propias modificaciones del cuerpo como es la turgencia y aumento de sensibilidad mamaria, temor a perder el embarazo, miedo al dolor y en un porcentaje menor de mujeres aumento de la libido (Delbono, 2018).

Pueden aparecer miedos a perder el embarazo o miedo a sentir dolor. Generalmente durante el primer trimestre suele disminuir la actividad sexual, así como el deseo. Algunas mujeres experimentan náuseas y vómitos por lo que

puede provocar una disminución del interés sexual, aunque a veces se evidencia un aumento de la libido.

Ciertos estímulos que antes podían otorgar placer pueden tornarse dolorosos o incómodos, por ejemplo, en las mamas dada la vasocongestión que sufren, volviéndose más turgentes y sensibles. La estimulación incrementa esta característica (Molero, 2006).

Segundo Trimestre

Varios autores (Labrador y Miyar, 2001; Delbono, 2018) plantean un aumento del deseo sexual durante esta etapa ya que las mujeres han pasado la etapa de adaptación y miedos logrando un estado de tranquilidad y seguridad, no solo sobre su cuerpo sino sobre el bienestar del embarazo. Se añade en esta etapa la percepción de movimientos fetales, ayudando a lograr mayor tranquilidad.

El síndrome neurovegetativo desaparece en caso de haber estado presente anteriormente, logrando mayor bienestar en la mujer. El dolor o molestia en las mamas disminuye durante este periodo (Delbono, 2018).

La placenta produce mayor concentración de estrógenos y progesterona produciendo aumento del deseo sexual como también el aumento del flujo sanguíneo a nivel de la pelvis, generando mayor lubricación vaginal (Delbono, 2018).

Algunas mujeres que no han logrado orgasmos anteriormente logran vivenciar durante esta etapa, debido a la vasocongestión que provoca el embarazo (Labrador y Miyar, 2001).

Tercer Trimestre

Generalmente se genera una disminución de la actividad sexual, aunque persiste el deseo. Las relaciones coitales disminuyen dada la incomodidad que genera el aumento del tamaño uterino, por lo que deben buscar posiciones en las cuales no presionen el abdomen (Delbono, 2018).

Los miedos que provoca el parto o rotura de membranas se incrementan, influenciando de gran manera la vivencia sexual (Delbono, 2018).

Sexualidad en el Puerperio

La sexualidad durante el postparto, al igual que durante el embarazo, es un tema poco abordado por el equipo de salud. No se empodera a las mujeres con la información necesaria para que decidan sobre el reinicio de su actividad erótico-sexual o relaciones sexuales o como retornar a ella de la forma más segura (Rejane et al. 2010).

Se debe destacar la importancia de abordar la temática durante los controles pre natales y puerperales, así como también en las instancias de preparación para el parto, incluyendo una formación sexual integral (Ministerio de Sanidad, 2014)

Durante el puerperio se destacan variables formas relacionadas la expresión de la sexualidad que como se ha nombrado anteriormente se manifiesta de forma individual en cada mujer y pareja, sobre los cuales hay infinidad de influencias negativas y positivas para su nueva construcción. La forma, el momento o la práctica sexual varía en cada pareja por lo que se debe brindar educación enfocada a cada situación (Molero, 2006).

Según se hace referencia en las normas del MSP (2014a) el retorno de las relaciones sexuales debe darse conforme a la comodidad y deseo de la mujer cuando aún no se encuentre con loquios. Pero este planteo solo hace referencia a las relaciones con penetración vaginal sin protección, enfocado en la prevención de infecciones puerperales, dejando de lado todas las formas de expresar y vivenciar la sexualidad.

Las relaciones sexuales pueden manifestarse durante los besos, caricias, abrazos, sexo oral o anal, masturbación, por lo cual pueden retornar las relaciones sexuales sin exponerse a riesgos (De María, 2001).

La necesidad de las mujeres para volver a sentirse conformes con su cuerpo, sentirse estables emocionalmente y poder transitar la etapa puerperal adaptándose a los cambios que surgen durante la gestación y el postparto, son algunas de las razones que influyen sobre el reinicio de las relaciones sexuales (Molero, 2006 y Martínez, 2009).

Durante el puerperio el miedo es un factor muy importante y un sentimiento que se destaca en forma habitual durante el postparto (Molero, 2006 y Martínez, 2009).

Manifiestan miedo al dolor, miedo a las complicaciones que se pueden generar por la presencia de sangrado e involución uterina, miedo a un nuevo embarazo, miedo al dolor en las relaciones debido a desgarros en episiorrafia o desgarró perineal en caso de haberlo presentado (Molero, 2006 y Martínez, 2009).

Rejane et al. (2010) sostienen que la edad y paridad son factores que también influyen sobre el reinicio de las relaciones sexuales. Las autoras manifiestan que

las mujeres multíparas y de menor edad reinician su actividad erótico-sexual de forma más temprana en comparación a primigestas y mujeres de mayor edad. También decían que, si durante el embarazo la sexualidad se veía inactivada, su retorno puede hacerse más demorado en comparación de las mujeres que han vivido la sexualidad de forma activa durante la gestación. Las mismas autoras afirman que los cambios a nivel corporal, cambios que son variables entre las mujeres, por lo que la autoimagen corporal de cada una se vivencia de forma diferente, generando muchas veces una disminución de su autoestima, por no sentirse cómoda con su apariencia, generando una mirada negativa sobre sí misma es un factor que puede retrasar el retorno de la sexualidad y el relacionamiento con su pareja.

Como detalla Lawrence, Leeman, Rebecca, y Rogers, (2012) “los dictados sociales y culturales respecto a la reanudación de la actividad sexual pueden también afectar a ciertas parejas” (Lawrence et al., 2012, p. 1).

Rejane et al. (2010) señalan que el proceso maternidad/paternidad conlleva una gran construcción y adaptación que muchas veces genera sentimientos de agobio y cansancio, donde la mirada está puesta sobre el/la recién nacido/a y sus necesidades, dejando de lado, generalmente, las necesidades de la pareja. Las autoras plantean que durante este periodo puede verse modificada la sensación de satisfacción, dado todos los cambios anteriormente nombrados, influyendo negativamente sobre el deseo sexual.

La lactancia puede resultar un factor negativo sobre la sexualidad, provocando disminución de deseo y satisfacción sexual. Se relaciona el aumento de dispareunia en las relaciones coito vaginales durante la lactancia (Lawrence et al. 2012).

La lactancia tiene efecto en los niveles hormonales, los altos niveles de prolactina generados por la lactancia provocan una disminución de andrógenos y estrógenos. Los bajos niveles de andrógenos pueden provocar la disminución del deseo sexual, mientras que la disminución de los estrógenos provoca menor lubricación vaginal. La gran sensibilidad que presentan los senos debido a la lactancia puede significar dolor o incomodidad durante las relaciones sexuales. Esto puede generar en muchas mujeres sensación de cansancio por la exigencia que conlleva la demanda del/la recién nacido/a (Lawrence et al., 2012).

Durante la fase de excitación pueden generarse expresiones lácteas, lo cual provoca muchas veces sentimientos de vergüenza o incomodidad. Por otro lado, la lactancia en algunas mujeres al estimular hormonas como la oxitocina y prolactina, entre otras, produce deseos sexuales. La estimulación de la lactancia provoca ciertos cambios que también se dan durante la respuesta sexual femenina, por lo que plantean que es un factor positivo en la sexualidad. Muchas mujeres manifiestan sentimientos de culpa al experimentar este sentimiento (Massó, 2013; Lawrence et al., 2012).

Una de las razones por las que resulta tan difícil e incómodo aceptar estas realidades de la lactancia materna es porque “emancipan absolutamente la sexualidad de la madre con respecto de una sexualidad falocéntrica y normativa” (Massó, 2013, p. 522).

Si el nacimiento se da por parto vaginal existe la posibilidad de sufrir lesiones perineales como desgarros o realización de episiotomía. Puede darse incontinencia urinaria, hemorroides o molestias en el periné, generando dispareunia en las relaciones sexuales. Está directamente relacionado el grado de lesión perineal con el dolor que puede provocar la relación sexual en el postparto (Suárez, 2014).

Puede haber lesión en los nervios pudendos provocados por la presión ejercida por la presentación fetal, periodo expulsivo prolongado, instrumentación utilizada, etc. Estas lesiones causan disminución del deseo sexual, menor excitación y satisfacción sexual debido al dolor o incomodidad de la lesión (Martínez, 2009).

Historia de la partería

Las mujeres siempre han sido sanadoras. Ellas fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Sabían procurar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras. Las mujeres fueron las primeras farmacológicas con sus cultivos de hierbas medicinales, los secretos de cuyo uso se transmitían de unas a otras. Y fueron también parteras que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. (Ehrenreich y English, 2006, p. 4)

Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y de la ciencia oficial. Se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba “mujeres sabias”, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. “La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres” (Ehrenreich y English, 2006).

La reputación y reconocimiento social de una profesión pasa por la afirmación de su historia, de su pasado: desde cuándo existe como tal, cuáles fueron sus pasos, qué funciones y tarea desempeñan a lo largo de la Historia. Tan vieja como la civilización es la historia de las parteras. En todas las épocas y culturas han existido personas que han ayudado a las mujeres en el parto, aminorando su dolor, acompañando su parto y ocupándose del recién nacido (Conde, 2011).

La historia va de la mano de la Historia de la Obstetricia, pues esta palabra proviene del latín “Obstetrix-icis” deviene de ‘obstetrices’, éstas eran personas

expertas que asistían al parto. El término (verbo) de origen latino ‘ob stare’ tiene su significado en relación con la posición que ocupaba la mujer que asistía el parto: estar delante. La ‘obstetrice’ se colocaba delante de la parturienta para el nacimiento (Fajardo, 2013; Quiroz, 2012).

La etimología de la palabra latina obstetrix no parece estar muy clara, pero la mayoría de los diccionarios la derivan del verbo obstare, que traduce “estar al lado” o “delante de”, dándole un significado lógico, que la partera acompaña a la parturienta (Valle, 2003).

Basándonos en el artículo “La figura de la matrona en los textos sagrados” de Fajardo y Gabarre (2013) esta hace referencia que en la Biblia católica se mencionan a distintos personajes bíblicos que se las llamaría Parteras por su rol, también hace referencia que las mujeres parían sentadas o en cuclillas, agachadas sobre una pila de ladrillos.

Dentro del Antiguo Testamento, en el libro “Génesis” se menciona el nombre de la primera partera conocida de la historia de la humanidad, esta era conocida con el nombre de Débora. En el Evangelio del Pseudo Mateo, este aparece el nombre de dos parteras, Zelomí y Salomé. Zelomí, fue la primera que entró en la cueva para atender a la Virgen María (Fajardo y Gabarre, 2013).

La figura de la partera siempre ha existido, (desde los pueblos más antiguos, egipcios, griegos, romanos, hebreos, hasta nuestros días), pero con diferentes nombres (Fajardo y Gabarre, 2013).

Esas parteras de la antigüedad eran mujeres autodidactas, que no tenían ninguna preparación, entrenamiento, o educación especial (Fajardo y Gabarre, 2013).

Ejercían el arte de la obstetricia siguiendo las normas empíricas recibidas por la tradición oral a través de las parteras más antiguas y experimentadas, y de su propia experiencia. Además de asistir al parto, controlaban el embarazo haciendo indicaciones sobre alimentación, hábitos nocivos, ejercicio, relaciones sexuales (Plata, 2003).

Prescribían afrodisíacos y anticonceptivos, inducían abortos, decidían sobre el futuro de los recién nacidos y hasta arreglaban casamientos (Plata, 2003).

En Egipto las mujeres parían en las casas de parir o cámaras de parir, en donde las paredes eran decoradas con pinturas de embarazo y parto. El parto se producía sentadas, para lo cual crearon sillas especiales (Conde, 2011). En este caso nombramos a Artemisa, conocida por ser cazadora pero también partera, y diosa de la tierra, ella era la que educaba a las parteras. Este tipo de “educación” era la transferencia de conocimiento de mujer a mujer (madre a hija) (Fernand, 1991).

En Roma, los primeros avances de la obstetricia se deben a Sorano de Éfeso, llamado el “Padre de la Obstetricia” (98-138 d.C.). Su experiencia la dejó en un libro “El Arte Obstétrico”, con él se pretendía elevar los conocimientos de médicos y parteras. Los escritos de Sorano sostenían que una comadrona no necesitaba ser madre para comprender cómo nacen los niños (Lattus y Carreño, 2010).

A principios de la Edad Media, una de las parteras y comadronas más importantes fue Trótula, a esta matrona se le atribuye la obra de obstetricia y ginecología del siglo XI, basada en los escritos de Sorano. Trótula apostó al trabajo del acompañamiento al parto, que durante mucho tiempo se puso en duda, ya que decían que los conocimientos científicos eran improbables para las mujeres del siglo XI y menos sin un título de médico y si como partera. Esto se debe a que en esta época se relacionaba mucho el trabajo de la partera con la magia, la brujería y el acompañamiento al parto (Conde, 2011).

En cuanto a las civilizaciones de Aztecas, Mayas e Incas en el siglo XII, que el embarazo y el parto se desarrollaran en condiciones favorables dependía solamente de los dioses, implorando a la protectora de los partos, Chalchiuhtlicue. Pero no todo dependía solamente de los dioses, sino que además de ellos estaban las famosas parteras llamadas en ese momento Tlamatquicitl, la que realizaba el control obstétrico, asesoramiento, educación sobre alimentación, ejercicios y realización de abortos (Sánchez, s.f.).

En un embarazo avanzado, la partera analizaba la posición fetal y si se veía alguna anomalía “se metía en el baño a la moza preñada y la palpaba con las manos el vientre, para enderezar la criatura si por ventura estaba mal puesta. Y volvía de una parte a otra”. (Mendoza, 2016, p. 5)

Cuando por fin se desencadenaba el parto preparaban un baño de vapor, llamado Temazcal con un tronco que desprendía humo, y con plantas aromáticas que ayudaban a la madre a relajarse. Para aliviar los dolores del parto se le preparaba una hierba en infusión como Cioapatli, que ayudaba a realizar los pujos (Mendoza, 2016).

La función de la partera no terminaba en el nacimiento, se quedaban cuatro días posteriores al mismo para cuidar a la madre y vigilar la lactancia. La importancia de esto era que el destete no se daba hasta los 2 años o más, no disponiendo de ningún animal que pudiera sustituir el alimento para el niño (Sánchez, s.f.).

Las matronas, parteras o comadres de los siglos XVI y XVII eran en Europa, mujeres expertas en acompañamientos de partos y salud de mujeres y niños, vistas también como personas que tenían actividad religiosas y legales, lo que

las hacía tener una vista central de la vida cotidiana de las personas (Ehrenreich y English, 2006).

En Inglaterra en el siglo XVI, existe un límite entre lo medieval y el mundo moderno. En esta se educan algunos procesos que culminan con la formación obligatoria y el reconocimiento de las parteras por parte del Estado, además del conflicto de roles con la entrada de los hombres en la asistencia al parto (Ehrenreich y English, 2006).

Después de que los hombres empezaron a invadir el área de los partos, comenzaron a denominarse “hombres comadronas”, y así el arte de asistir partos se convirtió en parte de la cirugía práctica de ese entonces. Hasta este momento el cirujano solo era llamado ante alguna emergencia o algún caso que la partera en ese momento no podía resolver (Ehrenreich y English, 2006).

En el siglo XVIII y XIX, surge la consagración de la profesión de matrona como actividad quirúrgica. Esto quiere decir que el rol de la partera comenzaba a cambiar, pasando de asistencia al parto a un arte quirúrgico. En este siglo se comenzaba a utilizar al término matrona a mujeres que estaban instruidas y legalmente reconocidas frente a las que no lo estaban. En el año 1750, se realizó una credencial para observar el trabajo de las matronas. Esto se dio porque se reconocía que las matronas tenían una mala preparación en la asistencia del parto. Esa credencial convertía la partería en parte de la cirugía y la profesión de cirujano, y desde esta fecha en España para ser partera/o había que ser cirujano (Conde, 2011).

En el siglo XX se asume la verdadera profesión de las parteras, se reconoce legislativamente la profesión y la función social de las mismas (Cabré y Ortiz, 2001).

Al nombre de la profesión como “partera”, “obstetra” “matrona”, o “comadrona” se llevó mucho tiempo después de todo lo que venía ocurriendo con la asistencia al parto, y siempre en convivencia con la formación de parteras empíricas o tradicionales que aún en muchos lugares sigue habiendo (Conde, 2011).

En la actualidad tenemos un antecedente y estrategia relevante como fue la conferencia de Alma Ata en Kazajistán en el año 1978, en la que se planteó retomar el papel de los curanderos tradicionales (OPS y OMS, 2017).

Se pronuncia una posible intersección de la medicina tradicional con el personal de salud: “En casi todas las sociedades hay curanderos y parteras tradicionales. Suelen estos formar parte de la comunidad, la cultura y las tradiciones locales, y en muchos lugares siguen gozando de gran consideración social, lo que les permite ejercer una influencia considerable sobre las prácticas sanitarias de la localidad. Con el apoyo del sistema oficial de salud, ese tipo de personal indígena puede llegar a ser un colaborador importante en la organización de las actividades para mejorar la salud de la comunidad (Mellado, Zolla y Castañeda, 1989).

Es posible que algunas colectividades los designen para la prestación de atención primaria en el nivel local y, en consecuencia, se deben explorar las posibilidades de incorporarlos a las actividades de atención primaria de salud, dándoles el adiestramiento correspondiente (Mellado et al., 1989).

De parteras tradicionales a Obstetras Parteras en Uruguay

Para llegar a la Obstetra Partera de la actualidad es importante destacar el recorrido histórico que debió transitar. Por ello realizamos una breve descripción de las parteras tradicionales, mujeres que desempeñaban labores en el arte de la partería en el territorio uruguayo.

Con relación a las popularmente denominadas “Parteras tradicionales”, encontramos que eran “Mujeres que han adquirido sus conocimientos por medio de la transmisión oral de la memoria colectiva de elementos arraigados en una cultura ancestral y que no han sido capacitadas por el sistema de salud estatal”. (Mellado et al., 1989, p. 29)

En nuestro país, una de las Parteras tradicionales más antigua era conocida como curandera y Partera de Sarandí del Yi. Se llamaba Hilda, oriunda del departamento de Tacuarembó, heredó de su abuela conocimientos para curar (Blanco, 2009). En relación con sus conocimientos, Hilda decía que no podía compartirlos porque perdía su fuerza, solo pasaría su fuerza cuando decidiera no trabajar más. Asistía los partos cuando las mujeres no llegaban al centro de salud.

La forma en que ayudaba a las mujeres a parir era colocándolas de rodillas, si había que romper bolsa era con una piedra de sal, para acomodar al bebé en posición le realizaba un masaje de derecha a izquierda y de arriba hacia abajo, sólo examinaba al final del trabajo de parto y también utilizaba hierbas medicinales para el trabajo de parto y post parto (Blanco, 2009).

Hasta la aparición de la Escuela de Parteras la partera tradicional ejercía libremente, igualmente con la aparición de la Escuela seguían ejerciendo las parteras tradicionales o empíricas. Generalmente lo seguían haciendo en el interior del país, más en las zonas rurales y en las periferias del Uruguay; al igual que en otras regiones del mundo, la práctica de partera tradicional se transmitía o heredaba entre las mujeres de la familia. Con el paso del tiempo las Parteras profesionales fueron extendiéndose por todo el territorio uruguayo, con lo que fue borrándose completamente el oficio y la figura de la Partera tradicional (Lutz, 2007).

La fundación de la Facultad de Medicina en la República Oriental del Uruguay fue 15 de diciembre de 1875, es una fecha crucial para el camino en la transición de parteras tradicionales a las actuales profesionales Obstetras Parteras (UdelaR, Facultad de Medicina [FMED], s.f.).

La Escuela de Parteras es la más antigua de la Facultad de Medicina: sus cursos fueron reglamentados el 15 de mayo de 1877, poco más de dos años después de que fuera fundada la facultad. Las primeras interesadas en ingresar fueron inmigrantes, en su mayoría italianas, que ya habían realizado estudios en Europa o prácticas en la Universidad Nacional de Buenos Aires, y que aspiraban a ampliar sus conocimientos o revalidar sus estudios. El 26 de febrero de 1881 Adela Peretti recibió el primer título de Partera, convirtiéndose en la primera mujer con título universitario otorgado en el país (Fernández, 2011).

En el año 1908 se inauguró el Hospital Pereira Rossell, en el que se alojan las clínicas de niños, de ginecología y obstetricia, todas dependientes de la Facultad de Medicina (UdelaR, FMED, s.f.).

Con el correr de los años, empieza a funcionar la clínica de partos, en la sala llamada “Padre Ramón” a cargo del Profesor Isabelino Bosch, y otra de ginecología en la sala llamada “Santa Rosa”, liderada por el Profesor Enrique Pouey (Pou y Pons, 2012).

En el año 1910 se inaugura la Casa de la Maternidad en el predio donado por los esposos Alejo Rossell y Rius y Dolores Pereira de Rossell, donde hoy está el Hospital Pereira Rossell. En la casa de la maternidad comenzaron a funcionar dos Clínicas Obstétricas y la Escuela de Parteras desde 1877 (Pou y Pons, 2012).

La Escuela de Parteras, dependiente de la Facultad de Medicina, se rige por la Ordenanza aprobada por el Consejo Directivo Central con fecha 22 de diciembre de 1971. De acuerdo con el decreto 471/971 del 27 de julio de 1971 se establece que toda institución debe contar con una partera de guardia (Uruguay, 1971).

En el año 1990 se confeccionó el último cambio de plan de estudios y fue aprobado el título Obstetra Partera. En 1992 fue instaurada la Carrera Binacional de Obstetricia, en convenio entre la Universidad Nacional de Entre Ríos (Argentina) y la Universidad de la República (Centro Universitario Regional, s.f.).

El perfil definido de las Obstetras Parteras egresadas de la Udelar es:

Ser capaz de proveer a las mujeres la supervisión, atención y orientación necesarias durante el embarazo, el parto, y el post parto, atender los partos por su propia responsabilidad y atender al recién nacido y al lactante. Esta atención incluye medidas preventivas, la detección de las condiciones anormales en la madre y el hijo, la prestación de asistencia

médica y la adopción de medidas de urgencia a falta de la ayuda médica. (UdelaR, s.f., párr. 1)

Cumple una tarea importante en la orientación y educación sanitaria, no solo de las mujeres, sino también de la comunidad. El trabajo debe incluir la educación prenatal y la educación para la maternidad-paternidad, la salud sexual y reproductiva y el cuidado de los hijos. (UdelaR, s.f., párr. 1)

La partera puede ejercer en hospitales, consultorios, centros de salud, domicilios y en cualquier otro servicio. (UdelaR, s.f., párr. 1)

Implicancia de la Obstetra Partera en la educación sexual integral

En los primeros manuales de partería se hace referencia a que la naturaleza es más sabia que el arte del cirujano con sus ganchos y fórceps; pero nunca se dice que una mujer podía aprender para comprender por sí misma el proceso, y cooperar para su desarrollo con su carácter e inteligencia; y sus dotes instintivas y físicas. El mayor elogio que se brindaba a la madre en aquellas circunstancias era el coraje con que soportaba pasivamente el sufrimiento. (Rich, 1986, p. 188)

La construcción de la maternidad lleva consigo un gran cambio a nivel de las políticas públicas y la politización de la salud. Históricamente las mujeres no contaban con decisión sobre sus cuerpos, mucho menos podían tener participación de lo que por sus cuerpos ocurría, como el embarazo, parto y puerperio, condenadas a ejercer lo impuesto sobre la institución de la maternidad. La misma les otorgaba esa identidad femenina que las definía (Rich, 1986).

La gran transformación sobre estas construcciones ha llevado a grandes avances sobre la vivencia del embarazo, parto y puerperio, siendo fundamental la presencia de la Partera en estos procesos (Rich, 1986).

El movimiento por la desmedicalización del parto, esto es, por tratarlo como un evento en la vida de la mujer y no como una enfermedad, se volvió nacional, con un aumento de partos en el hogar, prácticas de parto alternativas y el establecimiento de centros de parto y salas de parto en los hospitales. Inicialmente, las parteras profesionales estuvieron al frente de este movimiento, al lado de mujeres que querían experimentar el parto entre familiares y amigos, con la mayor autonomía posible en sus elecciones sobre el mismo (García, 2010).

A partir de lo expuesto se plantea que la Obstetra Partera representa gran importancia dentro del equipo de salud, no solo en la actualidad sino también en su participación durante la historia, acompañando y siendo parte de las transformaciones culturales sobre la maternidad. Su rol en el cuidado de la salud de las mujeres hace que se logre la captación, así como un primer acercamiento a la mujer y su entorno, brindando asistencia, contención, educación, promoción y prevención (García, 2010).

La asistencia en la salud sexual y reproductiva de las mujeres debe ser abordada por un equipo interdisciplinario donde la Obstetra Partera forma parte del mismo. Se debe brindar educación formal e informal, promoviendo el cuidado y autocuidado (MSP, 2014a).

Se debe educar en los derechos que presentan las mujeres para que las mismas se vean empoderadas en sus decisiones y actúen de acuerdo a ellos, así como también el equipo de salud debe tenerlos presentes para su asistencia integral. El primer acercamiento a las mujeres y su entorno es fundamental para lograr una asistencia de calidad, tomando en cuenta siempre su entorno biopsicosocial, contemplando todos los aspectos necesarios para realizar una asistencia personalizada de acuerdo a cada situación y recursos disponibles (García, 2010).

Uno de los principales objetivos en la asistencia de la educación sexual y reproductiva es promover la sexualidad desde la salud, el placer, el cuidado y autocuidado, el reconocimiento de su cuerpo, lograr reconocer su motivación sexual, sus miedos y deseos, brindando un acompañamiento integral a las mujeres y/o pareja, no solo otorgar información desde la perspectiva riesgo prevención (Asociación Obstétrica del Uruguay [AOU], 2007).

El Reglamento del Ejercicio de la Profesión de Partera establece:

ART. 5º.- Es también función y competencia de la Partera realizar tareas de educación para la salud integral de la gestante, la familia y la comunidad, fortaleciendo, por lo tanto, lo que hace, a la Atención Primaria de Salud, en la promoción, prevención e investigación.

La sexualidad luego del parto es un tema que se ve colmado de mitos y miedos, aún se torna en muchos sitios como un tema tabú. Esto se debe a los factores socioculturales, los cuales son fundamentales en su construcción. Por tal motivo es fundamental que la Obstetra Partera sea consciente de dicho factor, pudiendo otorgar el tiempo necesario en cada consulta para abordar este tema de la forma más libre y respetuosa (Rodríguez y Rosa, 2017).

Es de mucha importancia que la Obstetra Partera logre realizar instancias donde se logre desmitificar la sexualidad postparto, modificar lo aprendido o creencias, evacuar dudas, miedos e inseguridades. Es de real importancia la interpretación

de las necesidades que presenta la mujer y/o pareja, lograr empatía, brindar información de forma clara y poder lograr la confianza necesaria para crear espacios educativos y de reflexión. Cabe destacar la importancia del trabajo interdisciplinario, donde es relevante derivar a otro profesional a tiempo cuando sea necesario, por lo cual, la atención que se brinda debe ser específica en cada mujer, poder percibir la aparición de signos y síntomas que puedan escapar de las competencias de la Obstetra Partera, así como también si se reconoce no estar lo suficientemente preparada para abordar la temática y brindar la ayuda necesaria (Rodríguez y Rosa, 2017).

Conforman el perfil y las competencias de la/el Obstetra Partera/o según el perfil de egreso de la Facultad de Medicina el libre ejercicio de la profesión abarcando grandes áreas dentro de la obstetricia como ser:

- Captación de embarazos en el Primer nivel de Atención
- Control obstétrico de embarazo de bajo riesgo en el Primer nivel de Atención, donde se controlará según las pautas del MSP
- Será la/el encargada/o de derivar a otro profesional en caso de diagnosticar patologías que pongan en riesgo la salud de la mujer
- Realiza guardias internas o de retén en centros hospitalarios de primer y segundo nivel, así como también en mutuales, donde se encarga de las consultas, anamnesis, diagnósticos e ingresos, informando previamente al Ginecólogo/a de guardia quien realizará las indicaciones pertinentes.
- Talleres de preparación para el parto.
- Control de trabajo de parto, asistencia de parto, asistencia inmediata del/la recién nacido/a, así como también control de la etapa puerperal.
- Consejería en anticoncepción a través del criterio de elegibilidad, teniendo en cuenta la situación de la mujer, patologías que puedan ser factores de riesgo para el uso anticonceptivo, otorgando las mejores opciones para cada mujer en particular.
- Prevención de cáncer de cuello uterino, útero y mamas. Promoviendo la realización de colpocitología oncológica (PAP), ecografía mamaria y mamografía.
- Prevención de Infecciones de transmisión sexual (ITS), promoviendo sexualidad responsable, así como también de embarazos no deseados.
- Atención y abordaje de la mujer y su sexualidad.
- Abordaje y atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), otorgando asesoramiento para su derivación al equipo multidisciplinario.

Situación actual de las Obstetras Parteras en Uruguay

La Obstetra Partera se define como una profesional de la salud que según la Confederación Internacional de Matronas (CIM), Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la Partera profesional como:

Una partera profesional es una persona que, habiendo ingresado de manera regular a un programa de educación en partería debidamente reconocido en el país en que está ubicado, ha terminado con éxito el curso prescrito de estudios en partería y ha adquirido las calificaciones que se exigen para obtener legalmente el registro y /o la certificación para ejercer la partería. Ella debe ser capaz de proveer a las mujeres la supervisión, atención y orientación necesarias durante el embarazo, el parto y el periodo postparto, atender los partos por su propia responsabilidad y atender al recién nacido y al lactante. Esta atención incluye medidas preventivas, la detección de las condiciones anormales en la madre y el hijo, la presentación de asistencia médica y la adopción de medidas de urgencia a falta de la ayuda médica. Cumple una tarea importante en la orientación y educación sanitarias, no solo de las mujeres, sino también de la comunidad. El trabajo debe incluir la educación prenatal y la preparación para la paternidad, y se extiende a ciertas áreas de la ginecología, la planificación de la familia y el cuidado de los hijos. Puede practicar en hospitales, consultorios, centros de salud, en condiciones domiciliarias o en cualquier otro servicio. (OPS, 2010, p. 16)

El Reglamento del Ejercicio de la Profesión de Partera fue aprobado el 6 de abril de 1979 por el Decreto del Poder Ejecutivo No 628/79, luego sufrió reformas por el Decreto No 582/985 de 29 de octubre de 1985 con el propósito de una evolución técnica y científica que experimenta dicha profesión. La disposición reconoce la formación específica que tiene la Obstetra Partera, especificando la importancia de su presencia dentro del centro de salud. Luego de esto el decreto 351/ 986 del 16 de septiembre de 1986 instauró cambios a esta norma, que establece la presencia de la partera siempre que se cuente con médico ginecólogo de guardia interno y servicio de neonatología. Esta innovación no tomó la función indispensable de la partera en cualquiera de las etapas de la atención obstétrica.

El 4 de julio del año 2000, la Cámara de Representantes del Parlamento Uruguayo realiza un estatuto donde plantea:

Todo establecimiento o institución donde se preste atención obstétrica en cualquiera de sus etapas: embarazo, parto, parto y puerperio debe contar con partera interna de guardia, ya sean estos establecimientos o instituciones de carácter estatal, paraestatal o privados. Las referidas profesionales según lo requieran las circunstancias podrán actuar por sí mismas o como colaboradoras inmediatas de los médicos ginecólogos de los establecimientos o instituciones de referencia. (Uruguay, 2000, p. 2)

En el año 2007 vuelve a modificarse el reglamento por el Decreto 445/007. El decreto mencionado, se basa en el Reglamento de la libre profesión de la Partera. En dicho decreto el Ministerio de Salud Pública autoriza el libre ejercicio de la profesión de la Obstetra Partera, dentro del territorio uruguayo a toda persona que tenga un certificado expedido por la Universidad de la República inscripto al registro oficial de dicha profesión (Uruguay, 2007).

Con respecto a la Ley 18.426 de la Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva dispuesta el 10 de diciembre de 2008, la cual promueve los derechos sexuales y reproductivos, está dirigida a toda persona que quiera gozar libremente de su salud sexual y reproductiva (Uruguay, 2008).

Se entiende por salud sexual según la Organización Mundial de la Salud:

Estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad que no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar e incluye un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia, en un marco de respeto y protección a los derechos humanos. (OMS, 2014, p.1)

La Organización Mundial de la Salud define a la salud reproductiva como:

Condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida, lo que implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo

y con qué frecuencia, el derecho de mujeres y hombres a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer a llevar a término su embarazo y dar a luz en forma segura. (OMS, 2014, p1)

La Ley 18.426 expresa que los servicios de salud sexual y reproductiva estarán dados por profesionales formando un equipo interdisciplinario conformado por ginecólogo/a, obstetra partera/o y psicólogo/a, pudiendo contar con otros profesionales del ámbito de la salud siempre que se necesiten dependiendo del caso (Uruguay, 2008).

La Asociación Obstétrica del Uruguay para dar jerarquía de ley a la obligatoriedad de que en las instituciones donde se asiste a embarazadas en trabajo de parto, parto o puerperio, deba contarse con partera interna de guardia se plasma que entre los beneficios están la disminución del número de cesáreas, mejor calidad de atención del binomio madre-hijo, el descenso de la morbi mortalidad y mejorar el resultado del embarazo (AOU, 2007).

Sistema Nacional Integrado de Salud

Es importante destacar que, en esta investigación se trabajará sobre el rol que desempeñan las Obstetras Parteras dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), por lo que es significativo resaltar el marco legal en el cual se realiza el ejercicio de la profesión.

Por ello debemos mencionar que el SNIS se encuentra enmarcado en la reforma del Sistema de Salud de nuestro país en el año 2007 la cual se rige por la Ley 18.211 de la Legislación Uruguaya. En dicha ley existen decretos que se basan en que todos los residentes de este país deben tener derecho a la salud y acceso a los servicios integrales, implementando tanto servicios públicos como privados (Uruguay, 2007).

Cabe destacar, que el SNIS busca conseguir el nivel más alto en salud basándose en métodos de prevención y promoción de la misma; incitar a la población con técnicas para el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado, la recuperación y rehabilitación de la población. Así como también promover el desarrollo de los profesionales de la salud y trabajando en interdisciplina (MSP, 2014b).

Con este cambio de paradigma de salud se hace énfasis en la promoción y prevención con estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), se promueve un

cambio de modelo de atención e integrado en redes con ejes estratégicos (MSP, 2014b).

Es relevante mencionar varios artículos de la Ley 18.211, dado que son el escenario de trabajo de las Obstetras Parteras y de todo el equipo de salud. Estos se encuentran en el Capítulo IV Red de Atención en Salud:

Artículo 34°	El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud (APS) y priorizará el primer nivel de atención.
Artículo 35°	La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención.
Artículo 36°	El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutiveidad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.
Artículo 37°	El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.
Artículo 38°	El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

Ilustración N° 1: artículos 34 al 38 de la Ley 18.211, Capítulo IV Red de Atención en Salud

Rol de las/os Obstetras Parteras

Varios organismos (OMS, Confederación Internacional de Matronas, Fondo de Población de las Naciones Unidas) afirman que es fundamental el rol de las y los parteras/os desde el momento de captación de las gestantes el de brindar información y asesorar acerca de la importancia de la sexualidad ya sea durante el embarazo y después del mismo.

De María (2001), señala los siguientes aspectos que deben destacarse en las consultas:

- Enseñar diferentes técnicas y ejercicios para fortalecer el suelo pélvico para poder reducir el índice de episiotomías y desgarros para favorecer así las relaciones sexuales con penetración.
- Explicar las modificaciones corporales que ocurren en el período del puerperio a fin de que la gestante y su pareja las conozcan y las visualicen como normales.
- Informar que el reinicio de relaciones sexuales no tiene por qué ser coital, sino que pueden implementarse las caricias, besos, auto o hetero masturbación, sexo oral, anal, etc.
- Advertir que frente a un orgasmo puede existir secreción láctea y no avergonzarse de ello.
- Enseñar a las parejas que la disminución de la libido puede ser compensada con el aumento del acercamiento corporal.
- Aportar estrategias a la mujer para su autocuidado, aunque sea en un tiempo mínimo del día.
- Favorecer a la comunicación de la pareja para así erradicar el mito de maternidad/paternidad llena de felicidad y exenta de sentimientos negativos, para así las complicaciones, problemas e inseguridades se hablan y resuelven entre los dos.

Rol educativo de la Obstetra Partera

La Obstetra Partera representa gran importancia dentro del equipo de salud, no solo en la actualidad sino también en su participación durante la historia, acompañando y siendo parte de las transformaciones culturales sobre la maternidad. Su rol en el cuidado de la salud de las mujeres hace que se logre la captación, así como un primer acercamiento a la mujer y su entorno, brindando asistencia, contención, educación, promoción y prevención. (Lachaise, 2019, p. 107)

Uno de los principales objetivos en la asistencia de la educación sexual y reproductiva es promover la sexualidad desde la salud, el placer, el cuidado y autocuidado, el reconocimiento de su cuerpo, lograr reconocer su motivación sexual, sus miedos y deseos, brindando un acompañamiento integral a las mujeres y/o pareja, no solo otorgar información desde la perspectiva riesgo prevención (AOU, 2007).

Es importante informar detenidamente los aspectos concernientes a la sexualidad en el puerperio. Luego del nacimiento, el deseo sexual puede verse disminuido. Este aspecto tiene implicancias físicas (loquios, molestias perineales por episiorrafia, etc.) pero también aspectos psicoemocionales, vinculados a las exigencias en cuanto al cuidado del recién nacido y expectativas de inclusión familiar y social de cada mujer. Este aspecto suele no tener un espacio específico donde evacuar dudas, lo que lleva en la mayoría de los casos a retrasar aún más el reinicio de una sexualidad placentera. Es vital alentar e interrogar sobre este aspecto de la vida de la mujer para lograr un adecuado asesoramiento libre de mitos y miedos infundados (MSP, 2014a).

Por lo dicho anteriormente, es importante que la Obstetra Partera sea consciente de su rol tan fundamental, otorgando el tiempo necesario en cada consulta para abordar la temática de la forma más libre y cómoda, siempre respetando la decisión de hablar del tema o no, de la usuaria (Lachaise, 2019).

Es imperativo que se logre realizar instancias donde podamos abordar miedos, incertidumbre, desmitificar la sexualidad postparto, evaluar lo aprendido en base a esta temática, creencias que han pasado de generación en generación sin tal vez nunca, haberse cuestionado (Lachaise, 2019).

Es fundamental saber reconocer las necesidades que presenta la mujer y su familia, lograr empatía, dar información de forma clara, concisa, con el fin de lograr espacios educativos y de reflexión (Lachaise, 2019).

CAPÍTULO III

Metodología

Metodología

Introducción y contextualización de la investigación

Encontramos grandes carencias en cuanto el abordaje de la información que se brinda a usuarias sobre las relaciones sexuales en el embarazo y puerperio. Siendo futuras Obstetras Parteras, sentimos la necesidad de priorizar lo antes mencionado, para poder detallar cómo es dicha información, cómo se brinda y cuando se da, priorizando los derechos que tienen las usuarias en cuanto a la Salud Sexual y Reproductiva.

Lo antes mencionado, lo presenciamos en nuestra práctica clínica de segundo y tercer año de la carrera Obstetra Partera, que no se brinda información, o no la suficiente sobre genitalidad a usuarias embarazadas o cursando la etapa de puerperio. Pudimos observar que cuando se proporciona algún tipo de información, ésta se encontraba reducida a las relaciones sexuales coito vaginales y con una visión heteronormativa.

Hablamos de genitalidad haciendo referencia al aspecto más corporal de la sexualidad, centrándose en los genitales. Es un concepto parcial del sexo del individuo y de su conducta sexual, reduciendo ambos conceptos al aspecto anatómico fisiológico de los genitales o reproductores, entendiendo principalmente: el pene en el varón y la vagina en la mujer (Coronas, 2013).

Además de ser escasa la información brindada, consideramos que a veces la misma ha sido incorrecta o queda abierta a interpretación de las usuarias. Muchas veces no se da oportunidad a la usuaria o el espacio necesario para que se exprese sobre sus prácticas sexuales, donde los profesionales parten de supuestos basados en las relaciones sexuales coito vaginales y la orientación sexual heterosexual. Considerando que esta ha sido nuestra percepción durante el recorrido académico realizado hasta el momento y que es importante que como futuras Obstetras Parteras tengamos una visión amplia y alejada de prejuicios y presupuestos a la hora de brindar información, es que nos proponemos esta investigación.

Cabe destacar que durante nuestra formación presenciamos consultas en las cuales la Obstetra Partera brinda información completa y adecuada a la usuaria. Pero destacando que fue la inmensa minoría de los casos.

Proyectándonos como futuras Obstetras Parteras, nos genera incertidumbre y preocupación sabiendo que la formación académica incluye educación sexual, nos cuestionamos ¿cuál es la causa de la falta de información adecuada?, ¿qué factores intervienen a la hora de hablar de sexualidad?, ¿factores políticos, culturales, espirituales, religiosos, sociales, económicos? ¿No se brindan las herramientas suficientes?, o ¿se brindan herramientas que no son adecuadas

para cada usuaria? Es el derecho de todas las mujeres, el recibir información completa y actualizada en todas las etapas de su vida.

Cabe destacar algunas políticas sociales y de salud que han ido surgiendo y modificándose con los años, de las cuales las Obstetras Parteras no son ajenas.

La creación del FONASA, los usuarios y las Instituciones que prestan servicios integrales. Esto ha permitido que la población más vulnerable tenga acceso a más recursos (MSP, s.f.).

En lo que refiere a la situación específica de las mujeres se destaca la Creación del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género mediante el cual se pretende fortalecer el marco político, técnico y operativo en el que se ejecutan las acciones de salud orientadas a las mismas (MSP, s.f.).

Con referencia a la prevención y control de las enfermedades con mayor prevalencia en las mujeres son importantes los marcos normativos como la determinación por decreto de ley del derecho de las mujeres trabajadoras al goce de un día libre al año para la realización del examen PAP y /o mamografía (MSP, s.f.).

Se despenaliza el aborto, creándose la Ley N° 18.987, de 22 de noviembre de 2012, donde se les permite a las mujeres, por primera vez, decidir continuar un embarazo o no, si este se encuentra dentro de los parámetros que la ley indica (Uruguay, 2012).

Se amplió el Vademécum para las Obstetras Parteras, mediante la Ord. N° 126, el 29 de noviembre de 2017, siendo así habilitadas por el Ministerio de Salud Pública a prescribir según sus competencias. Esto genera un enorme beneficio, ya que las usuarias y sus familias tienen más facilidades a la hora de obtener, por ejemplo, métodos anticonceptivos (Uruguay, 2017).

Problema de Investigación

¿Las Obstetras Parteras, brindan información sobre genitalidad en la etapa de embarazo y puerperio?

Definimos como objeto de investigación la información que brindan las Obstetras Parteras sobre genitalidad en el embarazo y puerperio.

Teniendo claro el problema y el objeto de estudio, nos planteamos como **objetivo general**:

Analizar y discutir cómo es la información que brindan Obstetras Parteras a mujeres en el proceso de gestación y puerperio sobre las relaciones sexuales en Uruguay 2020.

Objetivos específicos

- Indagar si Obstetras Parteras ofrecen información a las usuarias gestantes y púerperas respecto a las relaciones sexuales en algún momento del proceso.
- Reconocer en qué momento(s) del proceso asistencial y gestacional se otorga este tipo de información o asesoramiento.
- Determinar de qué forma se transmite la información.
- Identificar los fundamentos que motivan a las Obstetras Parteras a abordar temáticas de educación sexual.
- Conocer la convicción o la ideología que sustenta esta práctica educativo-asistencial.

Enfoque metodológico

La metodología que se seleccionó para esta investigación es cualitativa con diseño etnográfico con el fin de explorar, examinar un grupo de personas, en este caso de Obstetras Parteras, utilizando como instrumento de recolección de datos una grilla que recogerá lo observado y pautado previamente, según la intencionalidad del estudio.

La investigación cualitativa según Palacios (2001) propone que en el paradigma cualitativo el investigador se acerca al problema de investigación para su comprensión, donde interesa estudiar a los sujetos en su ambiente natural, utilizando técnicas que permiten acercarse a la realidad de los mismos (Palacios, 2001).

La etnografía se describe como un método de investigación. El fundador de esta palabra Claude Levi (1997), un antropólogo y etnólogo francés, describió a la etnografía como un significado conjunto de la “descripción de los pueblos”. Es un método de investigación que consiste en observar las prácticas de los grupos de personas para luego verificar que lo que esta comunidad hace o piensa es efectivo. En la actualidad este concepto ha sido perfeccionado, y se utiliza para realizar estudios de cualquier tipo de comunidad (Geertz, 1997).

La etnografía se traduce etimológicamente como el estudio de las etnias y significa el análisis del modo de vida de una raza o grupo de individuos, mediante la observación y descripción de lo que la gente hace, para describir sus creencias, valores, motivaciones, perspectivas y cómo estos pueden variar en diferentes momentos y circunstancias (Martínez, 1994).

En la metodología etnográfica no se trata solo de observar, hay que interpretar. Hay una serie de fases o características, pero no tienen que ser tratadas de modo lineal. No debemos olvidar que no estudia variables aisladas, sino realidades, y hay que adaptarse al carácter cambiante de estas (Murillo y Martínez, 2010). Es importante que al ser parte de la comunidad a observar tengamos en cuenta tener una mirada objetiva para lograr una interpretación imparcial de lo que puede suceder. En este trabajo se va a investigar la calidad y profundidad de la información que se les brinda a las usuarias.

En este sentido, el método etnográfico nos permite comparar e interpretar a las Obstetras Parteras en distintos lugares durante un periodo de tiempo que permita ver lo que sucede en varias ocasiones con el fin de reflejar su rol en diversos escenarios.

A su vez con este tipo de estudio somos parte de la comunidad a observar, lo que nos permite reflexionar todo el tiempo sobre lo que sucede.

Dentro de las diferentes formas de usar la metodología etnográfica vamos a utilizar la observación participante, donde se forma parte de la comunidad a la vez que se observa siendo esta la forma que implementaremos el método.

Implementación metodológica

Realizamos este trabajo en cuatro departamentos de Uruguay. Los centros hospitalarios donde se llevó a cabo fueron: Hospital de Florida “Dr. Raúl Amorín Cal”, Hospital de Maldonado “Dr. Elbio Rivero Moreno”, Hospital de Lavalleja “Dr. Alfredo Vidal y Fuente” y en Montevideo “Centro Hospitalario Pereira Rossell”. Para ello, en una etapa inicial solicitamos aval y evaluación del Comité de Ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell, específicamente al Hospital de la Mujer, donde realizamos gran parte de nuestra formación clínica, así como cursamos una de las rotaciones del internado.

Consideramos que además de ser importante el consentimiento informado de cada usuaria y Obstetra Partera que participó de nuestro trabajo, fue necesario e imprescindible el aval del Comité de Ética ante una investigación en la que participan seres humanos, no como objeto sino como sujetos de estudio.

Por otra parte, en lo que refiere al método que planteamos en esta investigación cualitativa, la observación, no se limitó al sentido de la vista, sino a todos los sentidos. Lo esencial de la observación es:

- Explorar y describir ambientes, comunidades, subculturas y aspectos de la vida social, analizando sus significados y a los actores que la generan. (Eddy, 2008, Patton, 2002, y Grinnell, 1997).
- Comprender procesos, vinculaciones entre personas y sus situaciones, experiencias o circunstancias, los eventos que suceden con el paso del tiempo y los patrones que se desarrollan (Miles, Huberman y Saldaña, 2013, y Jorgensen, 1989). Este es uno de los aspectos centrales de nuestro foco de investigación, donde observamos cómo es la relación sanitaria entre Obstetras Parteras y usuarias, describiéndola tal cual sucede en los diferentes ámbitos que estas se relacionan, tanto en el embarazo como puerperio.
- Identificar problemas sociales (Daymon y Holloway, 2002).
- Generar hipótesis para futuros estudios (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) que en nuestro caso podrán ampliar otras esferas de la práctica profesional de Obstetras Parteras.

Selección de Casos

La muestra inicial fue un grupo de Obstetras Parteras que desempeñan distintas funciones dentro de centros hospitalarios y forman parte del área de Salud Pública de nuestro país. Buscamos conocer la realidad de esta comunidad de profesionales, la investigación se llevó a cabo en 4 departamentos. Los centros hospitalarios donde se realizaron las observaciones fueron en el Hospital de Florida “Dr. Raúl Amorín Cal”, Hospital de Maldonado “Dr. Elbio Rivero Moreno”, Hospital de Lavalleja “Dr. Alfredo Vidal y Fuente” y en Montevideo “Centro Hospitalario Pereira Rossell”. El período en el que se desarrolló la observación fue a partir del 15/07/2020 hasta el 15/08/2020.

Para esta investigación se utilizó la muestra por conveniencia, considerando a la comunidad a la que queremos observar, y los recursos que disponemos.

Actividades a desarrollar

Cada integrante del equipo investigador concurrió como mínimo, a un centro asistencial de un departamento. Se planteó participar de comunidades formadas por Obstetras Parteras que residan en diferentes departamentos y que se desempeñan en varias instituciones. Con esta muestra esperamos alcanzar mayor riqueza a la hora de analizar los resultados obtenidos.

Se observó y describió durante el proceso de atención el desempeño de esta comunidad o colectivo de Obstetras Parteras en base a sus creencias, valores, formación, perspectivas y circunstancias, a la luz de nuestros objetivos de investigación. Es decir que, la observación fue general y con énfasis o foco en los aspectos concernientes a la sexualidad, y en particular en la genitalidad y/o relaciones sexuales.

Instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se hará en base a grillas (ver Apéndice N° 1) de observación a modo de orientación, en tres diferentes momentos de la etapa asistencial, incluyendo así el embarazo, parto y puerperio.

Este instrumento se aplicará teniendo en cuenta los objetivos de esta investigación y las preguntas de estudio planteadas.

La recolección de datos fue testeada y luego adaptada a partir de su aplicación. Al mismo tiempo, al solicitar consentimiento informado (Ver Apéndice N°2) a las Obstetras Parteras para su participación en el estudio, obtuvimos aportes que nos guiaron en la conformación final de la grilla de recolección de datos.

Los aspectos generales a observar fueron:

- Información sobre relaciones sexuales en embarazo (diferentes contextos de aplicación, ej. al indagar posibles diagnósticos diferenciales de hidrorrea).
- Indicaciones de reposo (físico, psicológico y sexual).
- Enseñanza de ejercicios del piso pélvico, formas, beneficios, etc.

Consideraciones éticas

En esta investigación se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas que garantizan preservar en todos los casos la dignidad y los derechos humanos de los sujetos.

La participación de las Obstetras Parteras fue voluntaria, los datos recabados de dichas observaciones fueron utilizados con fines educativos, resguardando la confidencialidad de los mismos, siendo manejados únicamente por las autoras y la tutora de la investigación.

Todos estos aspectos fueron registrados en el consentimiento informado (de usuarias y Obstetras Parteras), donde se hizo explícito el objetivo de la investigación.

Se tuvieron en cuenta los siguientes principios éticos:

- Respeto por los derechos humanos, dignidad e integridad de las personas.
- Consentimiento informado.
- Confidencialidad.
- Privacidad.

Es necesario destacar que esta investigación contó con el aval del Comité de Ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell, solicitado y gestionado a través del Registro / Autorización de Proyectos de Investigación en Seres Humanos del Ministerio de Salud Pública - Dirección General de la Salud. Se obtuvo la aprobación de la realización del trabajo de campo en un período acotado dada la emergencia sanitaria decretada en el país, ante la Pandemia por COVID 19 (Anexos).

CAPÍTULO IV

Análisis

Análisis y presentación de los datos obtenidos

En este capítulo exponemos el proceso de análisis del que se desprenden las diferentes categorías, formadas por sus propiedades y dimensiones que describiremos en la siguiente tabla.

CÓDIGOS	DIMENSIONES	PROPIEDADES	CATEGORÍAS
Seguimiento, accesibilidad, tiempo, privacidad, omisión, DDSSRR, continuidad, inclusión, asistencia integral	Contexto Sanitario	Contexto	Entorno asistencial
Sociedad y cultura, rol de género, Religión, heteronormatividad, Tabú, Mitos	Contexto Social		
Control obstétrico, edad gestacional, puerperio, lactancia	Etapas asistenciales	Vínculo Asistencial	
Prevención, ITS, IGB, embarazos no deseados, MAC	Prevención en salud sexual		
Orientación sexual, género, autoerotismo, placer sexual, deseo sexual.	Sexualidad de la mujer/usuario		
Edad, empatía, identidad sexual, vínculos familiares.	Características personales	Persona	Obstetras Parteras
Religión, Resistencia a hablar de sexualidad, sexualidad inferior a otros temas, valoración positiva de la educación sexual, maternidad	Valores		
Relaciones sexuales, genitalidad, genitales, prácticas sexuales, asexualización embarazo chico, pareja, pudor, obstetricia sin sexualidad, salud sexual	Percepción de las Obstetras Parteras de la Salud Sexual	Profesional	
Individualización, sistematización, generalización, apertura, cuidados, actualización.	Características profesionales		
Episiorrafia/sutura, estrategias de comunicación, confort	Acciones profesionales		
Trayectoria, formación, ejercicio profesional, egreso, educación sexual	Carrera Profesional		

Ilustración N°2: proceso de codificación hasta alcanzar Categorías de Análisis

Construcción de categorías

A partir de los resultados obtenidos a través de la grilla de observación, nuestras observaciones registradas a modo de memorandos¹, en formato escrito y/o audio, logramos identificar, mediante un proceso de codificación, agrupamiento y ordenamiento conceptual dos grandes categorías, formadas por sus respectivas propiedades y dimensiones, mencionadas en la tabla de elaboración.

A continuación, les presentamos un diagrama de la construcción de las dos categorías de análisis: Entorno Asistencial y Obstetras Parteras.



Ilustración N°3: Categorías de Análisis con sus propiedades y dimensiones

¹ Los memorandos son registros escritos del análisis, que pueden variar en tipo y forma (Strauss y Corbin, 2002). Los memorandos son los cuadernos de bitácora corrientes de las sesiones analíticas y un depósito de ideas

Categoría Entorno Asistencial

La Categoría 1, a la que denominamos **Entorno Asistencial**, está formada por dos Propiedades que son Contexto y Vínculo Asistencial. La Propiedad Contexto se forma por dos Dimensiones que son: Contexto Sanitario y Contexto Social. Dentro de la Propiedad Vínculo Asistencial tenemos tres Propiedades designadas como: Etapa Asistencial, Prevención en Salud Sexual y Sexualidad de la Mujer/Usuaría.

En la **Propiedad Contexto**, aparece el Contexto Sanitario como un medio accesible, donde el seguimiento con cada usuaria, aunque no se da en todas las etapas asistenciales, es posible y hace una gran diferencia en las consultas de aquellas que no cuentan con dicho seguimiento. También en esta Dimensión, aparece como un aspecto importante el tiempo de consulta con el que se cuenta, el que varía dependiendo de la etapa asistencial y también es diferente en los distintos centros asistenciales, afectando así la calidad de la consulta, alterando entonces la información que se brinda, no pudiendo ser siempre completa e integral.

El tiempo destinado a otorgar información a la usuaria afecta la calidad de ésta, por lo que debemos hacer énfasis sobre todo en la etapa de puerperio, ya que, en el interior del país, al tener mucho menor flujo de usuarias que en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), se puede dedicar más tiempo a ésta. De todas maneras, aun teniendo más tiempo para realizar un abordaje integral en el interior, no aparece un cambio en la situación, siendo también insuficiente el tiempo dedicado a la misma.

Dato a destacar: En el CHPR hay una sola Obstetra Partera que pasa visita en la mañana. Solo ve púerperas asistidas por Obstetras Parteras, estudiantes o internas que hayan sido acompañadas por sus colegas, y los partos extrahospitalarios o en ciudad, que por pauta institucional debe hacerles el seguimiento puerperal una Obstetra Partera., realizando entre 15 y 20 controles diarios, incluso a veces más.

Dentro de la dimensión Contexto Social, encontramos el código sociedad y cultura donde se puede notar el peso que imparte la sociedad respecto al “deber ser madre” y como las Obstetras Parteras lo perciben, transmitiendo a la usuaria el deber de cumplir con nuestro rol como mujer, evidenciándose como rol de género. Respecto a ello, en ocasiones se aclara que “no va a tener ganas de tener relaciones sexuales porque va a estar enfocada en el recién nacido”, asumiendo así lo que debe sentir esa púerpera. En este aspecto, vemos una clara relación con la Dimensión Valores de la Propiedad Persona en la Categoría 2.

En esta Dimensión del Contexto Social se destaca la heteronormatividad imperante que rige, al igual que en la sociedad, dentro de la relación usuaria Obstetra Partera, ya que en ningún momento se hace referencia o indaga sobre

la orientación sexual. Observamos este aspecto asociándolo a los roles de género, como supuestos que marcan la conducta de las Obstetras Parteras frente a las usuarias.

Finalmente, como aspectos que surgen desde la “omisión”, es decir, que no se realizaron o se dejaron pasar las oportunidades de abordaje, aparecen mitos y tabúes, como factores que influyen en las consultas y que dirigen la atención hacia un lugar u otro. Se destaca que, frente a estos casos, surge mayormente el aspecto de la prevención en salud. Del mismo modo se observó cómo en algunos casos la formación o creencia religiosa de la profesional, ofrecía cierta resistencia a hablar sobre sexualidad.

El Entorno Asistencial juega un papel importante a la hora de realizar un abordaje integral de la usuaria, viéndose especialmente en consultas de control obstétrico que forman parte de la **Propiedad Vínculo Asistencial**.

La Dimensión Etapa Asistencial surge a partir de las diferencias que caracterizan a cada una de ellas, describiendo los 3 momentos observados: Control Obstétrico, Control y acompañamiento en trabajo de parto y parto, y control y asesoramiento puerperal.

Durante los controles y seguimiento obstétrico -a excepción de las consultas con usuarias con corta edad gestacional-, se da un vínculo asistencial que incluye una continuidad de la Obstetra Partera con la usuaria, realizando individualización a la hora de dar información, es decir, una asistencia acorde a las necesidades y el caso de cada usuaria. No obstante, esto no fue lo que se apreció en la etapa asistencial de puerperio, donde se vio que la Obstetra Partera generaliza y, sistematiza dicha información.

En algunos casos, Obstetras Parteras que ejercen tanto en guardias hospitalarias como policlínica, nos aclararon que en el hospital no tienen tiempo de abordar la sexualidad ya que deben priorizar los tiempos de la atención, que en policlínica si lo hacen, siendo en este sentido el factor tiempo el determinante de no realizar ese abordaje. En el caso de Obstetras Parteras que solo trabajan en policlínica, ajustan los tiempos dedicados a cada usuaria, según la cantidad que haya en agenda para ese día. Una tercera situación asistencial se da en las Obstetras Parteras que cuentan con cursos en Educación Sexual fuera de nuestra casa de estudios. Estas Obstetras Parteras consideran importante la formación en sexualidad y brindan en prácticamente todas las instancias información sobre sexualidad, indagan sobre el tema, dando siempre un espacio para abordar el mismo. En este aspecto encontramos varios puntos que se vinculan con las ambas propiedades de la Categoría 2, pues que se den este tipo de vínculos asistenciales depende de las Obstetras Parteras, su formación profesional y con aspectos de cada una de ellas como personas.

Se utiliza un abordaje rutinario, con preguntas casi “de libro”, lo cual difícilmente permite un enfoque particular de cada caso ya que no se adaptan las preguntas desde un enfoque de género.

Pudimos observar que en primer nivel de atención se brinda información más completa dado por el contexto en sí, como es la privacidad, basándose no solo en la prevención sino también en el placer en las relaciones sexuales coitales, (en el caso de embarazos del tercer trimestre), el cual no siempre se consigue en otros momentos asistenciales.

En la Dimensión Prevención en Salud Sexual surgen los aspectos como prevención, ITS, IGB, embarazos no deseados, MAC. El código Prevención surge a partir de que el asesoramiento que se realiza es desde un enfoque de riesgo de manera completa, abarcando las ITS (infecciones de transmisión sexual), embarazos no deseados, MAC (métodos anticonceptivos). No se realiza un abordaje integral sobre orientación sexual de la usuaria, esto impide ver a la usuaria como un todo, de esta manera no se respetan los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR).

Dimensión Sexualidad de la Mujer/Usuaría surgen los códigos orientación sexual, género, autoerotismo, placer sexual, deseo sexual. Orientación sexual y género surgen en base a la falencia (en la mayoría de las consultas) a la hora de no abordar a las usuarias desde un enfoque de género y derechos sexuales sino desde la prevención coartándolas a no hablar sobre sexualidad. Se observó que no se da el puntapié desde la profesional para que la usuaria hable de autoerotismo, placer y deseo sexual, por ejemplo, y de allí surgen los códigos restantes: autoerotismo, placer sexual, deseo sexual.

En la siguiente ilustración se diagramaron los componentes que construyen esta categoría, de manera que también de forma gráfica se pueda expresar la construcción de nuestra primera categoría.

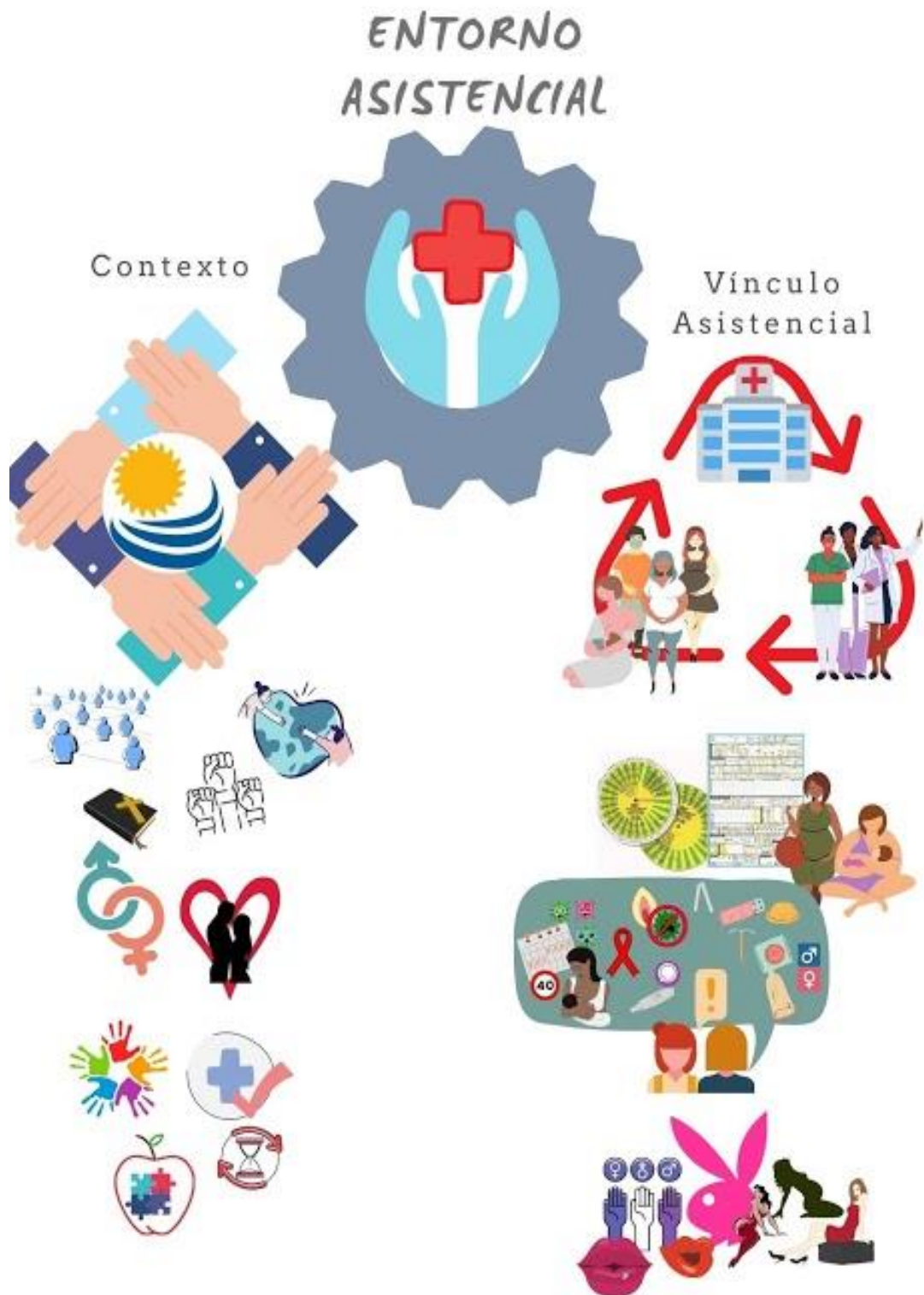


Ilustración N°4: Construcción de la Categoría 1: Entorno Asistencial y sus Propiedades y Dimensiones

Categoría Obstetra Partera

La Categoría 2, la que denominamos **Obstetra Partera**, está formada por dos Propiedades que son Persona y Profesional. La Propiedad Persona se forma por dos Dimensiones que son Características Personales y Valores. Dentro de la Propiedad Profesional tenemos cuatro Dimensiones que son: Percepción de las Obstetras Parteras de la Salud Sexual, Características Profesionales, Acciones Profesionales y Carrera Profesional.

En la **Propiedad Persona**, aparecen características propias de cada Obstetra Partera que influyen en las consultas obstétricas, es decir, que se relacionan con el Entorno Asistencial (Categoría 1), conformándose dos dimensiones: Características Personales y Valores.

En la Dimensión Características Personales una de estas es la edad, donde se vio que a menor edad mayor actualización y mejor manejo y calidad de la información que se brinda.

En cuanto a los vínculos familiares, se observó que las Obstetras Parteras que no ejercen la maternidad y/o no tienen niños/as a cargo, pueden brindar más tiempo del propio destinado a la consulta. En este sentido, pudimos observar como la maternidad, es un aspecto de peso a la hora del ejercicio profesional, encontrando que limita el tiempo dedicado a usuarias que requieren más tiempo de consulta, o lo que anteriormente mencionamos respecto al “deber ser madre”.

Al mismo tiempo, ubicamos la maternidad dentro de la Dimensión Valores, pues como decíamos, cobra real importancia en sus vidas y actuación profesional mostrando la relación con la Categoría Entorno Asistencial.

Dentro de esta dimensión, también aparecen: la religión que como vimos influye y genera -como en otros casos- resistencia a hablar de sexualidad, la sexualidad vista como inferior a otros temas, y la valoración positiva de la educación sexual, los que se relacionan con la siguiente propiedad.

En la **Propiedad Profesional**, aparece como Dimensión la Percepción de las Obstetras Parteras en cuanto a la Salud Sexual, la que aparece de forma variada, no solo entre ellas, sino en sus consultas. No es la misma atención la que ofrece una Obstetra Partera en una captación de embarazo, es decir un embarazo en primer trimestre, que la atención que ofrece la misma Obstetra Partera en un control de tercer trimestre. Esto se asoció a una visión de Asexuación en Embarazos de Corta Edad Gestacional. En estos casos, el discurso de las Obstetras Parteras acerca de Las Relaciones Sexuales nos guió a ubicarlo en la Dimensión Percepción de la Salud Sexual, pues sigue siendo un tema del que poco se habla sino es para contraindicarlo por una patología o informar sobre infecciones de transmisión sexual.

No se indaga sobre las prácticas sexuales de cada usuaria, ni se informa sobre las mismas en el embarazo. Otros aspectos que aparecen son: relaciones sexuales, genitales, pareja, pudor, obstetricia sin sexualidad, salud sexual, todos

vinculados entre sí con un carácter asociado a la genitalidad y la prevención, lo que se mencionaba en la Categoría 1.

En la Dimensión Características Profesionales, en general se vio que las Obstetras Parteras son empáticas con las usuarias y manejan situaciones delicadas con disponibilidad y apertura a la hora de brindar atención, buscando alternativas para ofrecer confort y mejoras en dichas situaciones, pero dejando de lado la sexualidad, ya que a la hora de priorizar tiempos la sexualidad está por debajo de otros temas “más importantes”. Estas características profesionales que determinan la dimensión de igual nombre definen también, ya que están estrechamente ligadas con las Acciones Profesionales, que conforman la tercer Dimensión de la Propiedad Profesional. Entre otras acciones, se destacan las relacionadas con episiorrafia/sutura, estrategias de comunicación, confort y las mencionadas anteriormente que hacen referencia a los aspectos preventivos.

Finalmente, la cuarta dimensión se denomina Carrera Profesional, donde se agrupan los aspectos que se refieren a la carrera Obstetra Partera. La trayectoria, entendida como el tiempo del egreso o tiempo de ejercicio profesional, es un factor que influye en el tipo de consulta. Las Obstetras Parteras con menor trayectoria (lo que coincide también con menor edad: relacionado con Propiedad Persona) informan desde un enfoque que engloba a la usuaria, siendo esta información más personalizada indagando sobre tipos de prácticas sexuales, no se centran solamente en los aspectos preventivos. En caso contrario, las Obstetras Parteras con mayor trayectoria basan sus consultas desde la prevención, dando la impresión de poner más limitaciones a lo que la usuaria puede realizar en su vida sexual. Este aspecto de la prevención surge constantemente, como componente de la Dimensión Vínculo Asistencial en la Categoría 1, lo que se relaciona directamente con las dimensiones que forman la Dimensión Profesional de la Categoría 2, Obstetras Parteras.

Un factor importante es la educación sexual que poseen las profesionales, encontrando diferencias según el momento en el que se formaron y si buscaron profundizar luego del egreso, lo que surgió en la recolección de los datos.

Es así como vemos en la ilustración N°5 conformada la Categoría 2, Obstetras Parteras. En este diagrama se ilustran sus Propiedades y Dimensiones, a grandes rasgos, para representar dicha categoría.



Ilustración N°5: Construcción de la Categoría 2: Obstetras Parteras y sus Propiedades y Dimensiones

CAPÍTULO V

Discusión

Discusión en interpretación de los datos obtenidos

En este capítulo se presentan las principales conceptualizaciones correspondientes al análisis y los hallazgos de esta investigación. Una vez que logramos finalizar el ordenamiento conceptual, este nos llevó a la construcción de dos categorías que describimos, discutimos y relacionamos aquí en base a sus propiedades y dimensiones, para demostrar cómo entre ellas explican el problema de investigación.

Categoría 1- Entorno Asistencial

Las propiedades que se ven incluidas en esta categoría son el Contexto, con sus Dimensiones Contexto Sanitario y Contexto Social; y la Propiedad Vínculo Asistencial con sus dimensiones Etapa Asistencial, Prevención en Salud Sexual y Sexualidad de la Mujer/Usua.

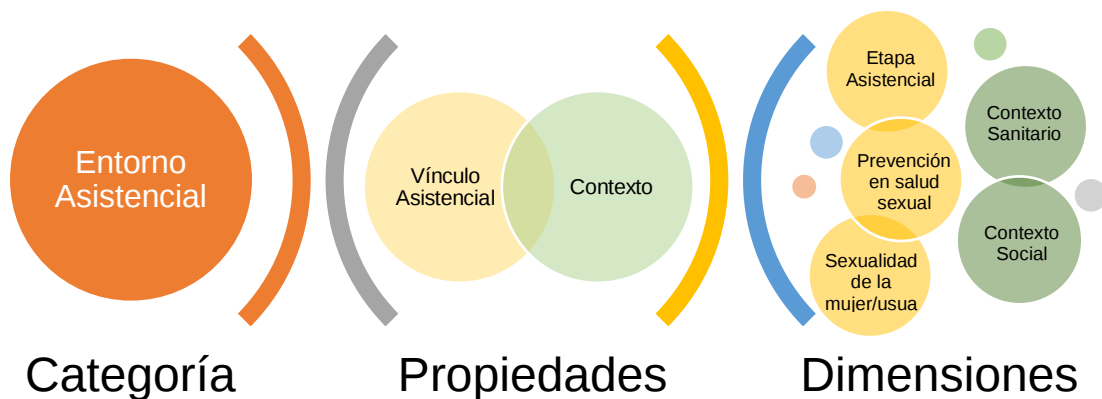


Ilustración N° 6: Categoría 1 y sus Propiedades y Dimensiones

Definimos contexto como el entorno físico o de situación, político, histórico, cultural o de cualquier otra índole, en el que se considera un hecho (Real Academia Española [RAE], 2019). De esta manera el Contexto, como propiedad de nuestra Categoría Entorno Asistencial, tiene gran importancia ya que relaciona los aspectos sociales con los asistenciales.

En la Dimensión Contexto Sanitario se refleja la accesibilidad, dinámica y funcionamiento del sistema de salud, hay parámetros que se esperan sean cumplidos para la asistencia integral como son: el cumplimiento de los DDSSRR de la usuaria, inclusión y continuidad durante el proceso asistencial. Contamos con Leyes que decretan esto, como lo es la Ley N°18.426, en su Artículo.1°;

El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población donde se debe prestar una atención integral, es decir, promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, no solo a usuarias en estado de enfermedad, si no, en un estado de salud diferente, como lo es el embarazo. (Centro de Información Oficial [IMPO], 2008, Ley°18426, Art. 1°)

En este Contexto Sanitario no se siguen los lineamientos en su totalidad y principios del Sistema Nacional Integrado de Salud limitando la asistencia a la Salud Reproductiva dejando fuera la Salud Sexual como tal, ya que es conocida la dedicación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, a brindar atención en embarazos no deseados y métodos anticonceptivos, es decir, enfocado desde la prevención. La Ley N°18.426 establece dentro de sus objetivos, “garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables” “prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual”.

Por otra parte, otro de los objetivos de esta misma Ley establece: garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias. Aquí vemos un incumplimiento de algunos objetivos propuestos por la Ley; en cuanto a lo que compete la asistencia inclusiva, afectando así la decisión libre por parte de las usuarias.

Otros factores incluidos en el Contexto Sanitario, influyen en la asistencia -como remarcan las profesionales- manifestando que no cuentan con el tiempo suficiente para abordar temas relacionados con la sexualidad.

De esta manera se está sesgando la asistencia, al no otorgar el espacio, lo que se relaciona íntimamente por un lado con lo percibido por González (2017), que las profesionales de la salud no cuentan con tiempo para el abordaje de la sexualidad y por otro, que para lograr una buena atención se debe dar tiempo a la consulta para que se puedan abordar los aspectos psicosociales de las usuarias.

¿Es realmente el tiempo un determinante para hablar de sexualidad?

El tiempo de consulta que se dispone varía entre los diferentes niveles de atención. Las Obstetras Parteras atribuyen esto como una limitante en la información que brindan, sin embargo, como hemos expuesto en el capítulo de análisis, cuando sí tienen el tiempo adecuado, tampoco abordan la sexualidad. El tiempo se convierte en “suficiente” para la prevención, no así para la sexualidad, poniéndola en un nivel inferior en cuanto a importancia. Esto nos hace reflexionar que el abordaje sobre sexualidad no es tiempo-dependiente.

En el año 2018 el MSP, menciona que

Tiene que garantizarse la continuidad del proceso de atención a la persona para prevenir, diagnosticar o tratar un problema de salud; entendemos el poder de resolución como la capacidad que tiene el sistema sanitario, a través de sus organizaciones y profesionales, para brindar soluciones (resultados) adecuadas a los problemas de salud de los ciudadanos. (MSP, 2018, p. 29)

La continuidad en las consultas y el seguimiento de las usuarias con la misma Obstetra Partera permite un abordaje mucho más amplio, dada la confianza que se genera. De esta forma, la mayoría de las instancias están enfocadas desde la prevención y no se aborda la sexualidad como parte de la atención, ya que se centran en solucionar “problemas de salud”.

Rodríguez, Jarillo y Casas (2018) afirman que cada usuaria tiene necesidades diferentes, siendo la consulta una oportunidad para abordarlas. Para lograr una adecuada atención es necesario vencer obstáculos de comunicación, todos estos procesos de promoción y educación requieren un tiempo prudente entre el binomio obstetra-usuaria que lo permita. El tiempo que la profesional está con la usuaria resulta indispensable para garantizar la calidad de atención, permitiendo el abordaje integral, sobre todo para la detección de problemas psicosociales.

En nuestro país el tiempo estipulado para las consultas difiere en cada institución, en los servicios públicos se estipula un tiempo aproximado de 15 minutos en Primer Nivel de Atención. En cuanto a lo que es abordaje de las usuarias en trabajo de parto y puerperio, los tiempos manejados no son los mismos, dependen de los tiempos fisiológicos en el caso del trabajo de parto, las diferentes tareas de la guardia, la agenda del día y de la cantidad de Obstetras Parteras disponibles en ese momento, así como pautas internas de cada servicio de salud.

En las consultas donde hay una continuidad con la usuaria y el tiempo estipulado se logra cumplir, no se aborda la sexualidad, no se pregunta sobre ningún aspecto de esta, perdiendo así nuevamente oportunidades de tener una consulta integral.

Como veremos, la Categoría 2, Obstetra Partera, se ve inserta y se vincula con la Categoría 1 a través del Vínculo Asistencial con la Propiedad Profesional.

En cuanto al Contexto Social no debemos olvidar que la Obstetra Partera, es una profesional incluida en una determinada sociedad y cultura cargando así con sus tabúes, mitos incluso religiones que hacen a esa persona. En este sentido, vemos la relación entre nuestra Categoría 2, Obstetra Partera, a través de su Propiedad Persona y la Propiedad Contexto Social de la Categoría 1, Entorno Asistencial. Esta relación es quizás la más frecuente y surge con mucha fuerza, demostrando, así como el Contexto Social atraviesa y vincula ambas categorías.

El Vínculo Asistencial se forma con las Propiedades Prevención en salud sexual, Percepción de la Salud Sexual de las usuarias y la Etapa asistencial en la que se encuentra este binomio (control obstétrico, control en trabajo de parto y puerperio).

En la Dimensión Sexualidad de la mujer/usuario de la Propiedad Vínculo Asistencial surgen aspectos como el autoerotismo, placer sexual, deseo sexual, que son omitidos por la Obstetra Partera reflejando la relación con el Contexto Social de la misma. ¿A qué nos referimos con esto?, la Obstetra Partera no indaga para saber cómo es la percepción de salud sexual de la usuaria, dando por sentado que esta Propiedad se basa en la prevención de enfermedades, brindando una asistencia sesgada por su propia Percepción de la sexualidad.

La atribución sobre el ser varón o mujer, aparte de los caracteres biológicos, está dada por la cultura y la historia, donde la Obstetra Partera cumple un rol fundamental desde que se habla de nena o varón (rosado o celeste para determinar desde ese momento el género) durante los procesos de gestación y nacimiento. Por lo tanto, el género está marcado históricamente repercutiendo en su definición elementos culturales, siendo producto de la vinculación entre la biología, sociedad y cultura, por lo cual, su conformación es diversa (Rodríguez, 2015).

La sexualidad que todavía es considerada un tema tabú en nuestra sociedad, interfiere en grandes aspectos, que también aparecen en nuestro problema de estudio, la profesional que brinda la atención carga con sus propias concepciones por ser parte de la misma sociedad, lo que es una condicionante a la vivencia libre y plena de la sexualidad (Brun et al., 2019). Esto influye a la hora de abordar de forma integral la atención con la usuaria, dado que se omite o se da por sentado, tanto las prácticas sexuales, como la orientación sexual de la usuaria, no abordando así el placer sexual o autoerotismo. Esto hace referencia a la Dimensión Sexualidad de la mujer/usuario.

La Dimensión Prevención en Salud Sexual hace referencia a las acciones para evitar daños o riesgos y a la promoción en hábitos saludables en cuanto a la salud sexual, lo que cobra gran relevancia en la construcción de nuestras categorías como hemos anunciado.

El asesoramiento acerca de relaciones sexuales se realiza completo desde el punto de vista de la prevención, ya sea de infecciones de transmisión sexual, infecciones genitales bajas, infecciones urinarias y embarazos no deseados.

Según se hace referencia en las normas del MSP (2014a) el retorno de las relaciones sexuales posteriores a un evento obstétrico debe darse conforme a la comodidad y deseo de la mujer cuando aún no se encuentre con loquios. Este planteo solo hace referencia a las relaciones con penetración vaginal sin protección, enfocado en la prevención de infecciones puerperales, dejando de lado todas las formas de expresar y vivenciar la sexualidad, abriendo una brecha entre lo que el rol de Obstetras Parteras abarca y el enfoque de riesgo planteado en la guía previamente citada.

Categoría 2 - Obstetra Partera

Las Propiedades que se ven incluidas en esta Categoría son: Persona con las Dimensiones Características de la Persona y Valores; y la Propiedad Profesional con las Dimensiones Características Profesionales, Acciones Profesionales y Carrera Profesional.

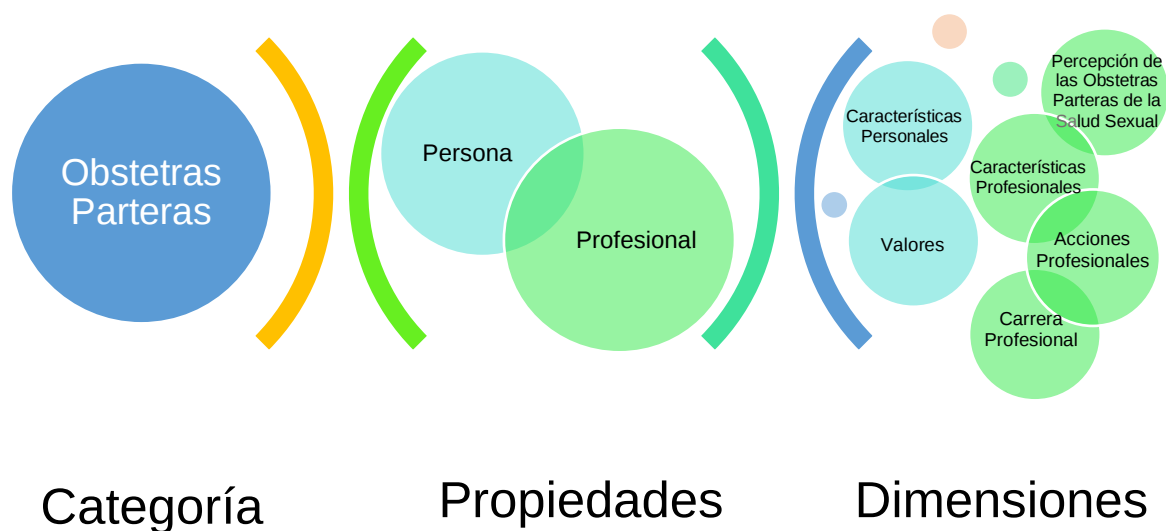


Ilustración N° 7: Categoría 2 y sus Propiedades y Dimensiones

Definimos Persona como sujeto de derecho y de contraer obligaciones (RAE, 2020), donde cobra valor la Dimensión Características Personales, que son un conjunto de elementos psicológicos del individuo, poco cambiantes. Estos engloban la estructura total de la persona, incluyendo aspectos fisiológicos, intelectuales, afectivos e impulsivos, que la definen como tal (Ministerio de Educación de Perú, s.f). En este caso las que conforman a la Obstetra Partera, nuestra Categoría 2.

En relación a la Propiedad Persona, en la Dimensión Características Personales surge la identidad sexual. Se da en Obstetras Parteras heterosexuales que muchas veces asumen la misma orientación sexual sobre la usuaria, enfocando la consulta de manera heteronormativa y falocentrista, cuando quizás la usuaria tiene pareja mujer, por ende, el uso de preservativo pierde el sentido, salvo si se enseñara cómo usar una barrera de látex, lo que tampoco se enseña al asumir heterosexualidad de la usuaria, pues se piensa solamente en prácticas coitocéntricas (vaginales).

Continuando con la Dimensión Características Personales, un elemento no menor dentro del mismo es el de la empatía. La neurociencia ha estudiado el término empatía, definiéndolo como: saber cómo el cerebro tiene la capacidad de sentir la emoción de otro, pero diferenciarla de la propia emocionalidad (Vidal y Benito, 2012). A la hora de brindar información en cualquiera de las etapas asistenciales, la Obstetra Partera omite (ya sea por sus tabúes, mitos, creencias religiosas o incluso por considerarlo de menor importancia) hablar de sexualidad, no diferenciando su propia emocionalidad, sino que, marcando los parámetros de ese encuentro, dentro de sus propios valores, la empatía se muestra, aunque incompleta.

Respecto a la Dimensión Valores, cobra importancia la resistencia que muchas veces se presenta al hablar de sexualidad en el embarazo y puerperio, que puede influir en ésta la religión y se prioriza hablar de otros temas considerados más “importantes” que la sexualidad.

La familia, así como las instituciones educativas y religiosas controlan la conducta sexual a través de la vigilancia, el castigo y la estigmatización. Si bien en los últimos años ha ido perdiendo fuerza, las variables religiosas siguen constituyendo predictores importantes de conductas y actitudes sexuales (Moral, 2010). Lo que está presente en la Dimensión Valores, así como también en la Dimensión Contexto Social de la Categoría 1, siendo parte entonces del Entorno Asistencial porque transversaliza a las personas.

Continuando con la Dimensión Valores, cabe destacar la forma en que se resta importancia a la sexualidad con respecto a otros temas, ya que hay una clara vinculación de esta Dimensión con las Dimensiones Prevención en salud sexual y Sexualidad de la mujer/usuaria.

A pesar de la larga lucha feminista y de políticas sociales sobre DDSSRR, se sigue considerando que “mujer” es sinónimo de útero. No avanzamos si no

reemplazamos la imagen de la mujer nacida sólo para esposa y madre, la cual se debe a su hogar, es una forma de estereotipar, de encasillar a la mujer. Se sigue condicionando a la mujer según su constitución biológica (Beauvoir, 1949).

La historia de la maternidad se ocupa de la manera que las mujeres piensan y hacen la maternidad y de la manera en que la sociedad la trata y las piensa en cuanto que madres. Convertir la maternidad en objeto de historización implica aceptar que el cambio pasa por las formas de crianza infantil, así como también reconocer que las mujeres están en la historia y hacen historia no solo a pesar de la maternidad. (Imaz,2010, p.23)

La maternidad, es un aspecto de peso a la hora del ejercicio profesional, encontrando que limita el tiempo que se puede dedicar a la carrera, se espera que, si surge algún imprevisto con sus hijos/as, sea la mujer la que falte a trabajar o reduzca su jornada laboral. En contrapartida, Las Obstetras Parteras que no ejercen la maternidad y/o no tienen niños y/o niñas a cargo, pueden dedicar más horas a su profesión.

Desde el Contexto Social, se espera que la mujer ocupe el rol de género que se le asignó. Hay un ideal de género fabricado culturalmente donde la mujer-madre debe priorizar la maternidad por sobre todas las cosas, estando mal visto que una Profesional dedique lo que se consideraría “demasiado” tiempo a su jornada laboral, ya que estaría descuidando a su familia.

Las etapas de vida de la mujer que acompaña la Obstetra Partera, son momentos cruciales, donde cada usuaria afronta de diferentes maneras, con diferentes capacidades, cargadas de dudas, miedos, mitos, e ignorancia. Como dijeron Labrador y Miyar (2001) esto aumenta debido a la escasa información y educación que se les brinda a las mujeres y sus acompañantes durante la gestación. La sexualidad en el embarazo es un tema poco abordado por el equipo de salud, hay una Resistencia a hablar de Sexualidad, no se empodera a las parejas sobre esta temática, ni se advierte en cómo puede verse afectada la sexualidad en el embarazo y puerperio, evitando así la posibilidad de brindar herramientas o espacios para el diálogo con referencia a este tema.

Como se menciona en el Trabajo Final de Grado de Lachaise, (2019):

Es de mucha importancia que la Obstetra Partera logre realizar instancias donde se logre desmitificar la sexualidad postparto, modificar lo aprendido o creencias, evacuar dudas, miedos e inseguridades. Es de real implicancia la interpretación de las necesidades que presenta la mujer y/o pareja, lograr empatía, brindar información de forma clara y poder lograr la confianza necesaria para crear espacios educativos y de reflexión. (Lachaise, 2019, p.109)

Hay cierta estigmatización en los embarazos de corta edad gestacional, se los ve como asexuados y notándose pudor a la hora de abordar temas de sexualidad de parte de la Obstetra Partera en la primera mitad del embarazo, no se indaga sobre placer sexual ni prácticas sexuales, hecho que sí ocurre en los embarazos más avanzados, pasadas las 20 semanas aproximadamente.

Con respecto a la Dimensión Características Profesionales la información en pre parto y puerperio no es del todo individualizada. No hay apertura para hablar de prácticas sexuales, orientación sexual, si la usuaria tiene pareja estable o múltiples parejas. El enfoque debería ser menos sistemático y generalizado, no enfocado desde el riesgo, con el fin de no acotar lo que la usuaria “puede” hacer. Aquí podemos observar como aspectos del Contexto Social, es decir, de una de las dimensiones del Contexto, Propiedad de la Categoría Entorno Asistencial, se relaciona de forma solapada, pues aparecen como Características Profesionales, que se cultivan a partir de los Valores que a su vez son una Dimensión de la Propiedad Persona. Es decir que, vemos como las dimensiones de la Categoría 2, Obstetra Partera, son influenciadas por la Dimensión Contexto Social de la Categoría 1 y viceversa.

La Dimensión Características Profesionales impacta en la Dimensión Acciones Profesionales, cuando no hay una apertura, sino una resistencia a hablar de Sexualidad. Como hacen referencia en su Trabajo Final de Grado Brun, Cabrera y Martínez (2019), las profesionales y los factores modificables (de sus acciones profesionales) se ven íntimamente relacionados, ya que de contar con información sobre sexualidad y su abordaje, generará concientización y sensibilización al respecto. De esta manera también sería posible la integración de disciplinas ya que para quienes cuentan con formación, el trabajo interdisciplinario es fundamental. Trabajar de esta forma generaría una mejora en el tiempo de consulta frente a las necesidades de las usuarias (Brun et al., 2019).

No se ahonda en estrategias para la comunicación, por ejemplo, el post parto tiene cambios importantes en la sexualidad de la mujer y no se dedica tiempo a tratar el tema. Solana-Arellano et al. (2008) afirmaron que la dispareunia después del parto es un evento que se da con mucha frecuencia debido a maniobras obstétricas y ginecológicas como pueden ser desgarros, fórceps, episiotomías y episiorrafias, las cuales influyen negativamente en la vida sexual de cada usuaria. Esto no es informado, no se empodera a la usuaria y su pareja para poder mejorar disconformidades futuras y diferentes prácticas sexuales en donde la mujer pueda vivir su sexualidad sin dificultad. Se puede ver que se realiza un abordaje desde la biología, un tanto paternalista.

Con respecto a la Dimensión Carrera Profesional, cabe destacar la importancia del tiempo de trayectoria, las Obstetras Parteras con menos tiempo en el ejercicio de la profesión, tienden a plantear más el tema de la sexualidad en las consultas, no así las que tienen años en la práctica, ¿esto por qué ocurre? ¿no

tienen la misma formación académica?, en tiempos donde hay tantas sexualidades como personas, ¿por qué sigue siendo un tema tabú para las Obstetras Parteras con más experiencia?, ¿no debería ser al revés? ¿En qué momento lo aprendido en nuestra casa de estudio deja de ser puesto en práctica?

Según el perfil profesional de la Obstetra Partera “desde el punto de vista profesional, es la persona que, con formación científica, motivación, aptitud y actitud responsable proporciona una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo vital” (UdelaR, s.f, p. 1).

Ya desde 1975 la OMS consideraba importante la formación en educación sexual, publicando en este año un documento llamado “Las enseñanzas de la sexualidad humana en la escuela de formación profesionales de la salud”, donde menciona:

Los médicos y las enfermeras no suelen tener los conocimientos indispensables sobre esta materia, y como es natural, prefieren abstenerse de intervenir en una rama de la medicina respecto de la cual se encuentran en situación personal embarazosa y se sienten profesionalmente incompetentes (OMS,1975, p. 12).

Por otro lado, muchas Obstetras Parteras buscan formación en Educación Sexual por fuera de lo que es la formación académica dándole una valoración positiva a la sexualidad; notándose la diferencia en la calidad de atención de quienes acceden a dicha formación extra y de quienes ejercen exclusivamente con lo adquirido en la carrera, relacionándose de esta manera la Dimensión Carrera Profesional, Características Profesionales con la Dimensión Contexto Sanitario de la Categoría 1, Entorno Asistencial. Así, podríamos afirmar que la trayectoria, la formación y el seguimiento, modifican positivamente el tiempo de las consultas, haciendo que las mismas sean desde la asistencia integral, apoyándose en la inclusión y los DDSSRR.

Cuando las Obstetras Parteras buscan formación en Educación Sexual por fuera de lo que es la formación académica otorgan una valoración positiva a la sexualidad, brindan en prácticamente todas las instancias información sobre sexualidad, indagan sobre el tema, dando siempre un espacio para abordar el mismo. Esto muestra una relación entre todas las Dimensiones dentro de la Propiedad Profesional. A través de la Percepción de las Obstetras Parteras de la Salud Sexual se toma una decisión consciente al momento de formarse como profesionales, concediéndole la importancia que realmente tiene.

CAPÍTULO VI

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Podemos afirmar que en el transcurso de esta investigación logramos responder las interrogantes que surgen desde el inicio de la misma.

¿Cuál es la causa de la falta de información adecuada (brindada por las Obstetras Parteras)?

Las Obstetras Parteras brindan información a mujeres embarazadas y puérperas, aunque la misma no es integral, ¿a qué nos referimos con esto?; durante toda la formación académica nos preparamos para abordar los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de la mujer, pero la práctica diaria hace que la información que se está brindando esté enfocada desde la prevención, no permitiendo el espacio para abordar la genitalidad, por decir un ejemplo de un tema enormemente amplio. Al ser parte de la misma sociedad, la profesional carga con sus propias concepciones respecto a la sexualidad, tema que sigue siendo un tabú e influye en la asistencia que finalmente se brinda, sesgada por sus propios Valores, como pueden ser la religión, la resistencia a hablar de sexualidad o considerarla un tema inferior a otros, no diferenciando su propia emocionalidad, sino que, marcando los parámetros de ese encuentro, la empatía se muestra, aunque incompleta.

Se utiliza un abordaje rutinario con preguntas “casi de libro”, lo cual difícilmente permite un enfoque individualizado a cada caso ya que no se adaptan las preguntas desde un enfoque de género y/o de derechos sexuales y reproductivos de forma parcial. Se deja de lado la autonomía femenina y su movilidad extradoméstica, dejando solo espacio para la maternidad, siendo esta la forma de legitimarse como mujer en la sociedad.

¿Qué factores intervienen a la hora de hablar de sexualidad?, ¿factores políticos, culturales, espirituales, religiosos, sociales, económicos?

Nos encontramos con varios factores a lo largo de nuestra investigación que intervienen al momento de hablar de sexualidad, son el resultado del Contexto Social donde están inmersas las Obstetras Parteras, algunos ejemplos son los culturales, religiosos o espirituales. Se destaca la heteronormatividad en casi todas las instancias de atención.

Pudimos observar que en primer nivel de atención se brinda información más completa, dado por el Contexto en sí, como es la privacidad, basándose no solo en la prevención sino también en el placer en las relaciones sexuales coitales, (en el caso de embarazos del tercer trimestre), el cual no siempre se consigue en otros momentos asistenciales. Esto no ocurre en los casos de captaciones o embarazos de menor edad gestacional. Percibimos que cuando existe una continuidad de atención (misma Obstetra Partera y usuaria) el abordaje es más amplio.

Por lo tanto, podemos afirmar que uno de los factores que intervienen a la hora de hablar sobre sexualidad, y especialmente genitalidad es el Contexto del Entorno Asistencial.

Si bien en cada encuentro con la usuaria y su acompañante, hablar de prevención, ya sea de infecciones de transmisión sexual, infecciones urinarias, infecciones genitales bajas o prevención de un embarazo no deseado, es necesario y correcto, las Obstetras Parteras debemos hablar de genitalidad y placer. En la mayoría de las instancias se pierden oportunidades claves, donde la Obstetra Partera decide abordar lo que considera más importante, enfocándose desde su propio Contexto Social y sus Valores personales, en este sentido vemos la relación entre nuestra Categoría 2, Obstetra Partera, a través de su Propiedad Persona y la Propiedad Contexto Social de la Categoría 1, Entorno Asistencial. Esta relación es quizás la más frecuente, demostrando, así como el Contexto Social atraviesa y vincula ambas categorías.

Esto debería ser modificado, no es más importante la prevención de una infección que el placer sexual de una embarazada, ambas son fundamentales para que la mujer tenga una salud sexual y reproductiva plena.

Entonces, consideramos que el enfoque preventivo es otro factor importante, que en este caso sesga la información sobre salud sexual.

Se podría entender la poca o nula información en un trabajo de parto, pero, en puerperio la Obstetra Partera nuevamente brinda información sesgada, basándose en la prevención y otros temas sin dudas importantes, aunque ubicando a la mujer en el único rol de madre, desde la heteronormatividad y el falocentrismo. En estas instancias el Contexto Social y los Valores personales de la Obstetra Partera son también factores que influyen en el abordaje sobre sexualidad: no se habla de autoerotismo, ni de otras tantas prácticas sexuales que la mujer puede realizar, se insiste en la prevención de infecciones asumiendo como una alternativa las relaciones sexuales coitovaginales.

Las Obstetras Parteras que no ejercen la maternidad y/o no tienen niños y/o niñas a cargo, pueden brindar más tiempo del propio destinado a la consulta. En este sentido, observamos cómo la maternidad, es un aspecto de peso a la hora del ejercicio profesional, encontrando que limita el tiempo dedicado a usuarias que requieren una consulta más extensa, o lo que anteriormente mencionamos respecto a los roles de género, donde culturalmente para cumplir con los mandatos sociales, tenemos el deber de ser madres. En tal sentido, la maternidad, la heteronormatividad y el falocentrismo son factores sociales determinantes que dirigen el discurso sobre sexualidad.

El actuar profesional en estas instancias, está claramente atravesado por todos los códigos que forman la Dimensión Valores, lo cual deviene en el Vínculo Asistencial que finalmente se brinda.

¿No se brindan las herramientas suficientes?, o se brindan herramientas que no son adecuadas para cada usuaria?

No se ahonda en estrategias para la comunicación, por ejemplo, el postparto tiene cambios importantes en la sexualidad de la mujer y no se dedica tiempo a tratar el tema. Esto no es informado, no se empodera a la usuaria y su pareja para poder mejorar disconformidades futuras y diferentes prácticas sexuales en donde la mujer pueda vivir su sexualidad sin dificultad. Se puede ver que se realiza un abordaje de la obstetricia sin sexualidad, desde la biología, dejando de lado el placer.

Obstetras Parteras heterosexuales muchas veces asumen (desde su propia Identidad Sexual), la misma orientación sexual sobre la usuaria, enfocando la consulta de manera heteronormativa y falocentrista, cuando quizás la usuaria tiene pareja mujer, por ende, el uso de preservativo de la forma en la que se recomienda pierde el sentido.

Obstetras Parteras con menos tiempo de egreso y con formación en sexualidad humana dentro del plan de estudios, no siempre hablan del tema, entonces el abordaje sobre sexualidad está basado en una decisión personal, desde la Percepción que ésta profesional tenga sobre la Salud Sexual y el nivel de importancia donde lo ubica.

Las Obstetras Parteras que cuentan con cursos en Educación Sexual, brindan en prácticamente todas las instancias información sobre sexualidad, indagan sobre el tema, dando siempre un espacio para abordar el mismo, le dan una valoración positiva a la sexualidad, buscando formación extra a la que ofrece la carrera. Entonces no es realmente el tiempo el determinante para hablar de sexualidad.

Para finalizar entonces, ¿Las Obstetras Parteras, brindan información adecuada sobre genitalidad en la etapa de embarazo y puerperio? La respuesta es no. Si bien en algunos casos puntuales pudimos ver que se llega a hablar en parte del tema, la gran mayoría no brinda información adecuada en estas etapas.

No se le da la iniciativa a la usuaria o no se da el espacio necesario para que pueda expresar sus prácticas sexuales, dando por hecho por parte de la Obstetra Partera, que la práctica sexual de ésta se basa en las relaciones sexuales coito vaginales y desde un enfoque heteronormativo. Esto se aleja del asesoramiento correcto, completo, oportuno y en profundidad sobre la sexualidad.

Recomendaciones

Estas recomendaciones surgen como producto de las categorías de análisis emergentes, de la información analizada y discutida a partir de las observaciones, como pilar fundamental para que las Obstetras Parteras logren aplicar efectivamente los conocimientos adquiridos sobre DDSSRR durante la carrera, para lograr el empoderamiento y mejor asistencia de las mujeres.

En el marco del sistema de salud enumeramos las siguientes recomendaciones:

Aplicar el enfoque de género en salud sexual y reproductiva con el que nos formamos durante toda la carrera, que él mismo no quede solo en materias a salvar para conseguir el egreso sino incorporarlo realmente a nuestra práctica.

No utilizar un abordaje rutinario para permitir un enfoque individualizado a cada caso ya que no se adaptan las preguntas desde un enfoque de género y/o de derechos sexuales y reproductivos, ampliar las preguntas que se realizan dejando de asumir en primer lugar la heterosexualidad de la usuaria y en segundo lugar, recordar que el coito vaginal con penetración es una de tantas prácticas posibles, si salimos del enfoque falocentrista, pondremos sobre la mesa más opciones sobre placer sexual para compartir con las mujeres.

Las Obstetras Parteras debemos hablar de genitalidad y placer. En la mayoría de las instancias se pierden oportunidades claves, donde la Obstetra Partera decide abordar lo que considera más importante. Como hemos dejado claro en nuestra investigación, hablar de prevención es necesario y correcto, aunque debemos ver a la mujer como un todo, no es solo un cuerpo plausible de enfermarse, es un cuerpo que también es plausible de placer, debemos estar a la orden también para abordar esos temas.

Promover la disminución de las desigualdades e inequidades de género, principalmente en el campo de las decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

Se sugiere entonces, un enfoque centrado en los derechos, capacidades y necesidades básicas de aprendizaje para el autocuidado de la salud. Este considera que en la salud intervienen no solo las acciones de cuidado que realizan los servicios de salud, sino también y en igual medida, las acciones de autocuidado/cuidado mutuo que llevan a cabo las usuarias a partir de las informaciones y apoyo que obtienen de su red apoyo, y que resultan importantes a la hora de tomar decisiones respecto de su propia salud y la de los demás.

Consideramos fundamental a la Obstetra Partera como parte del equipo de salud para el abordaje integral de la salud de la mujer, desde un rol referente, ubicadas desde aquí ¿Por qué no logramos hablar de sexualidad? El conocimiento académico lo tenemos.

Se debe promover la sensibilización y concientización de los equipos de salud, en lo que respecta a las consecuencias de las intervenciones que se realizan durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, como la realización de prácticas que pueden repercutir en la sexualidad de la mujer.

El abordaje integral de la mujer teniendo en cuenta los enfoques de derechos, género, orientación sexual y curso de vida antes, durante y después del evento obstétrico como estrategia del componente de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, implica el reconocimiento de la salud materna no solo como la ausencia de enfermedades durante el embarazo, parto y puerperio, sino que la mujer gestante pueda disfrutar de un alto nivel de bienestar físico, mental y social, para vivir y afrontar su maternidad dignamente, de tal manera que este momento del ciclo vital permite sustraer a la mujer de la mirada exclusivamente biológica, y que sea también abordada desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos.

Durante el puerperio la sexualidad es el área más vulnerable en las relaciones de pareja y la mayoría de ellas tiene problemas sexuales inmediatamente después del parto, es por esto que la Obstetra Partera debe seguir aportando conocimientos y motivando a la mujer/pareja para que su objetivo no sea la actividad coital únicamente, sino estar plena/os con el estilo de vida sexual deseada y acorde a sus necesidades/posibilidades.

Las Obstetras Parteras que cuentan con cursos en Educación Sexual, brindan en prácticamente todas las instancias información sobre sexualidad, entonces no es realmente el tiempo el determinante para hablar de sexualidad. Paremos entonces cada una desde nuestro lugar para pensar si realmente nos excusamos en el “poco tiempo” porque en realidad queremos evitar hablar de sexualidad.

Esperamos aporte para continuar con investigaciones futuras.

Referencias Bibliográficas

- Asociación Obstétrica del Uruguay. (2007). Reglamento del Ejercicio de la Profesión de Partera. Recuperado de: <https://www.asociacionobstetricadeluruguay.org/reglamentos>
- Akar, A., y Camps, S. (2017). Construcción etnográfica del rol Obstetra Partera en el hospital regional de Tacuarembó. (Trabajo final de grado, Escuelas de Parteras, Universidad de la República, Montevideo).
- Blanco, A. (2009). *Historia de la Partería en Uruguay*. (Trabajo de grado, Escuelas de Parteras, Universidad de la República, Montevideo).
- Brun, R., Cabrera, F., y Martínez, T. (2019). Percepción de los profesionales sobre el futuro sexual de la mujer luego del parto. (Trabajo Final de grado, Escuela de Parteras, Universidad de la República, Montevideo).
- Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*, Vol. I, Pablo Palant (Trad. P. Palant, Vol. I), Buenos Aires: Siglo Veinte.
- Cabello, F. (2010). *Manual de Sexología y Terapia Sexual*. Recuperado de: <https://www.sintesis.com/manuales-practicos-109/manual-de-sexologia-y-terapia-sexual-libro-1537.html>.
- Cabré, M y Ortiz, T. (2001). Sanadoras matronas y médicas en Europa. Icaria.
- Centro Universitario Regional. (s.f.). Carrera Licenciada en Obstetra Partera. Recuperado de: <http://www.cup.edu.uy/index.php/38-carreras-universitarias/78-obstetricia.html>
- Conde, F. (2011). *Parteras, Comadres, Matronas: Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico*. Lanzarote, Arrecife. Recuperado de: <http://www.academiadelanzarote.es/Discursos/Discurso%2049.pdf>
- Coronas, E. (2013). *Hablemos de educación y salud sexual*. Manual para profesionales de la educación. Información, herramientas y recursos N°1, Recuperado de: https://www.academia.edu/13900366/Hablemos_de_Educ_y_salud_sexual_Parte_I
- Daymon, C., y Holloway, I. (2002). *Métodos de investigación cualitativa en relaciones públicas y comunicaciones de marketing*. Londres: Routledge.

- De María, M. (2001). *Sexualidad en el puerperio*, Valladolid, España. Recuperado de: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2019/11/SMartindeMaria_Sexualidad-en-el-puerperio.pdf.
- Delbono, V. (2018). Abordaje de la sexualidad en el período grávido–puerperal. *Anales De La Facultad De Medicina, Universidad De La República, Uruguay*, 5(2), 141-145. Recuperado de: <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/350>.
- Eddy, P. (2008). *Gendered leadership: An organizational perspective*. Berlín: Springer.
- Ehrenreich, B., y English, D. (2006). *Brujas, parteras y enfermeras: una historia de sanadoras*. Chile: Metcalfe & Davenport.
- Fajardo, C. (2013). Historia de las matronas desde sus orígenes hasta nuestros días. *Enfermería avanza*, 2 (32), 9-17. Recuperado de: <http://enfeps.blogspot.com/2013/04/historia-de-las-matronas-desde-sus.html>
- Fajardo, C y Gabarre, A. (2013). La figura de la matrona en los textos sagrados. Una visión historiográfica, *Crónicas de Enfermería*, 1(33), 19-21. Recuperado de: http://www.colegioenfermeriarioja.org/fileadmin/INFORMACION_COLEGIAL/cronicas_de_enfermeria/cronicas_33-1.pdf
- Fernández, C. (2011). *Parteras: Especialistas en respetar el tiempo del nacimiento*. Recuperado de <http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/28694>
- Fernand, R. (1991) *La religión griega*. México: Lito Arte S.A. Recuperado de: <https://books.google.com.uy/books?id=Nv72fMHuSWsC&pg=PP4&dq=la+religion+griega+fernand&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi--8aZ2NH0AhUVHbkGHcXxBecQ6AEIJjAA#v=onepage&q=la%20religion%20griega%20fernand&f=false>
- Foucault, M. (1986). *Historia de la sexualidad*. México: Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1901-1905). *Tres ensayos de teoría sexual*, edición 1992. Buenos Aires, Argentina.
- García, D. (2010). Representaciones y prácticas sobre el nacimiento: un análisis desde la perspectiva antropológica. Ciudad de La Habana, 2010. Recuperado de http://tesis.sld.cu/FileStorage/000279-68B0-TESIS__Garc%C3%ADa_Jord%C3%A1.pdf

- García, R., González, A., Llibre, J., García, L., y Perera, O. (2015). Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de puérperas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(1), 1-6. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2015/cog151e.pdf>
- Geertz, C. (1997). *El antropólogo como autor*. Primera reimpresión. Buenos Aires: Paidós.
- Gómez, S y Moreno, M. (2012). La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. *Cultura de los cuidados*, 16(33), p.74. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24154/1/CC_33_09.pdf
- Gómez, J. (2010). *Psicología de la sexualidad*. País Vasco: Argitalpen Zerbitzu.
- González, E. (2016). Significado Psicológico del Sexo, Sexualidad, Hombre y Mujer en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(3), 274-281. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29248182007.pdf>
- González, L. (2017). *La Sexualidad Femenina en el postparto: una investigación cualitativa desde la teoría fundamentada*. (Trabajo final de grado). Universidad de Cantabria, España.
- Grinnell, R. (1997). *Investigación y evaluación del trabajo social: enfoques cuantitativos y cualitativos*. Estonia: Pavo real.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación sexta edición*. México: Editorial McGraw-Hill Education.
- Imaz, E. (2010). *Convertirse en Madre. Etnografía del tiempo de gestación*. España: Cátedra.
- Jorgensen, D. (1989). *Participant Observation: A Methodology for Human Studies*. Londres: Sage.
- Labrador, I., Miyar, E. (2001). Sexualidad femenina durante la gestación. *Revista cubana de medicina general integral*, 17(5), 497-501.
- Lachaise, N. (2019). *Cuarentena post parto: En la sombra del puerperio*. (Trabajo final de grado). Universidad de la República, Montevideo.
- Lattus, J., y Carreño, E. (2010). El asiento del nacimiento. *Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente*, 5(1), 41-50. Recuperado de: https://www.academia.edu/10465917/El_asiento_del_nacimiento

- Lutz, E. (2007) *Parto humanizado*. Relacahupan - Uruguay.
- Lawrence, M., Leeman, M., Rebecca, G., y Rogers, M. (2012). Relaciones sexuales después del parto: Función sexual postparto. *Obstetrics&Gynecol*,119(3), 647-655.
<https://doi.org/10.1097/AOG.Ob013e3182479611>
- Martínez, J. (2009). Influencia de la episiotomía versus desgarros perineales sobre la normalización de las relaciones sexuales en puérperas. *NURE inv*,6(43), 1-13. Recuperado de:
<https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/466/455>
- Martínez, M. (1994). *La investigación cualitativa etnográfica en educación*. México: Trillas.
- Massó, E. (2013). Deseo lactante: Sexualidad y política en el activismo contemporáneo. *Revista de Antropología experimental*, (13), 515-529. Recuperado de:
<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1841/1597>
- Masters, W., y Johnson, V. (1969). *Respuesta Sexual Humana, Embarazo y respuesta sexual*. Argentina: Inter Médica.
- Mellado, V., Zolla, C., y Castañeda, X. (1989). *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. México: Centro Interamericano de estudios de Seguridad Social.
- Mendoza, G. (2016, Julio). *Medicina Tradicional y Plantas Tradicionales*. Presentado en: 2da Feria Nacional de Tamazcal. Instituto TZAPIN
- Miles, M., Huberman, A., y Saldaña, J. (2013). *Qualitative Data Analysis, A Methods Sourcebook*. Londres: Sage
- Millheiser L. (2012). Female sexual function during pregnancy and postpartum. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(2), 635-363. Recuperado de:
[10.1111/j.1743-6109.2011.02637.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02637.x)
- Ministerio de Educación de Perú. (s.f). *Aprendo en casa*. Recuperado de:
<https://resources.aprendoencasa.pe/perueduca/primaria/6/semana-8/pdf/s8-6-prim-dia-1-anexo.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (s.f). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009*. Recuperado de:
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/construccion_sist_nac_integrado_salud_2005-2009-uruguay.pdf

- Ministerio de Salud Pública. (2014a). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*. Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2014b). Cambio del Modelo de Atención en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de: <http://institutodeformacionsindicalenriquebarrios.org/wp-content/uploads/2017/04/CAMBIO-DEL-MODELO-ATENCION-2014.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Guía Buenas prácticas en capacidad resolutive. Primer Nivel de Atención del SNIS 2018*. Recuperado de: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/buenas_practicas_en_capacidad_resolutiva.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf
- Molero, F. (2006). *La sexualidad en el embarazo y puerperio*. España. Recuperado de: <http://www.ub.edu/sexologia.clinica/sites/default/files/2019-08/sexualidad%20y%20embarazo.pdf>.
- Molina, M. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del concepto de Maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psykhé*, (15)2, 93-103. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000200009
- Moral, J. (2010). Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad: un enfoque psicosocial*. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), p. 46. Recuperado de: <http://bdigital.unal.edu.co/15154/1/9746-49668-1-PB.pdf>
- Mortalena, M. y Muriega, S. (2009). Sexualidad en el año posterior al parto. (Trabajo final de grado) Escuela de Parteras, Universidad de la República, Montevideo.
- Murillo, J y Martínez, C. (2010). *Investigación etnográfica: métodos de investigación educativa en edición especial*. España: Universidad Autónoma de Madrid.

- Organización de las Naciones Unidas. (2013). *Orientación Sexual e Identidad de género en el derecho internacional de los derechos humanos*. Recuperado desde: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2013/11/orientaci%C3%B3n-sexual-e-identidad-de-g%C3%A9nero2.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología. 19 al 22 de mayo de 2000. Promoción de la salud sexual. Antigua Guatemala.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f). *Temas de salud: Género*. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/gender/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (1975). *Las enseñanzas de sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos*. Recuperado de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=7>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales*. Recuperado de: <http://www.clap.ops-oms.OMS | Géneroorg/publicaciones/CLAP1578.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud en las Américas*. Recuperado de: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
- Palacios, J. (2001). Las técnicas cualitativas de investigación social en la medición de calidad de los servicios públicos: una aproximación teórica y metodológica. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (4), 85-100. <https://doi.org/10.20932/barataria.v0i4.270>
- Patton, M. (2002). *Investigación cualitativa y métodos de evaluación tercera edición*. Londres: Sage.
- Plata, R. (2003). *La matrona: del saber popular al conocimiento científico*. En IX Congreso Nacional de Matronas. Trabajo presentado en la Conferencia Inaugural de la Asociación Cántabra de Matronas, España.

- Pou, R., y Pons, J. (2012). Historia de la Ginecología y la Obstetricia en el Uruguay. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 50(1), 1-98. Recuperado de <https://ago.uy/descargar/adjunto/39-3lq5fm-ago-2012-50-1-historia-sgu.pdf>
- Quiroz, L. (2012). *De la comadrona a la obstetriz: Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX*. *Dynamis*, 32(2), 415-437. <https://doi.org/10.4321/S0211-95362012000200007>
- Real Academia Española. (2019). Contexto. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). Recuperado de: <https://dle.rae.es/contexto>
- Real Academia Española. (2020). Persona. En *Diccionario panhispánico del español jurídico*. Recuperado de: <https://dpej.rae.es/lema/persona#:~:text=1.,derechos%20y%20de%20contraer%20obligaciones>.
- Rejane, N., Matos, N., y Rosa, D. (2010). Cuerpo y Sexualidad: experiencias de puérperas. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 18(4), 1-8. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_11.pdf.
- República Oriental del Uruguay. (2007, noviembre, 19). Decreto N° 445/007: Reglamentación del Ejercicio de la Profesión de Partera. Recuperado de: <https://www.asociacionobstetricadeluruguay.org/reglamentos>
- República Oriental del Uruguay. (1971, julio, 27). Decreto n.º 471/97: Establecimientos donde se preste atención obstétrica. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/D2001100220-01898334.pdf>
- República Oriental del Uruguay. (2007, diciembre 07). Ley n.º 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp7951612.htm>
- República Oriental del Uruguay. (2008, diciembre 1). Ley n.º 18.426: Defensa del a la Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008#:~:text=Art%C3%ADculo%201&text=%2D%20El%20Estado%20ga%20garantizar%C3%A1%20condiciones%20para,reproductivos%20de%20toda%20la%20poblaci%C3%B3n>.
- República Oriental del Uruguay, Cámara de Representantes. (2000, julio 4). Diario de sesiones de la Cámara de Representantes. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/614-1986>
- República Oriental del Uruguay. (2012, Octubre 17). Ley N° 18.987: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Recuperado de

https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro=18987&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmin%5D%5Bdate%5D=30-10-2012&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmax%5D%5Bdate%5D=31-10-2012&Ltemas=&tipoBusqueda=T&Searchtext=voluntaria

República Oriental de Uruguay. (2017, Noviembre 29). Ord. N° 1261: Ampliación de competencias de Obstetras partera. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2018-09/Ordenanza%20MSP%201261%20Ampliacion%20de%20competencias%20de%20Obstetras%20parteras.pdf>

República Oriental del Uruguay. (2019, Junio 12). Ord. N°688: Autorizar a las Profesionales Obstetras Parteras a la indicación y administración del tratamiento de la sífilis en mujeres embarazadas y su pareja/s sexual/sexuales, una vez que la misma es detectada. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-688019-ordenanza-6882019>

Rich, A. (1986). *Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución*. Estados Unidos: Traficantes de sueños.

Rodríguez, C., y Rosa, M. (2017). *Reinicio de las relaciones sexuales en el postparto en usuarias de la Red de Atención en Primer Nivel*. (Trabajo final de grado) Universidad de la República, Montevideo.

Rodríguez, L. (2015). *La perspectiva de género como aporte del feminismo por el análisis y su reconstrucción. El caso de la violencia de género*. (Tesis doctoral, Universidad de Carlos III de Madrid, España). Recuperado de: https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/22326/lupe_rodriguez_tesis.pdf

Rodríguez, M., y Ramón, E. (2013). Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Enfermería Global*, 12(32), 1-2. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400022

Rodríguez, A., Jarillo E., y Casas, D. (2018). La consulta médica, su tiempo y duración. *Revista Biomédica Revisada por Pares*, 18(5). Recuperado de: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Ensayo/7264.act>

Sánchez, F. (s.f.). Algunas Costumbres Ginecobstetricias en el continente que sería Hispanoamérica. Recuperado de: https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ginecobstetricia/epocapre2_ginecobstetricia/#sthash.uS WXCh6j.dpuf

Schwarcz, R. (2005). *Obstetricia*. Editorial El Ateneo.

Solana-Arellano, E., Villegas-Arrizón, A., Legorreta-Soberanis, J., Cárdenas-Turanzas, M., Enzaldo de la Cruz, J., y Andersson, N. (2008). Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. *Revista Panamericana Salud Pública*, 23(1), 44-51. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v23n1/a06v23n1.pdf>

Soler, C. (2006). *Lo que Lacan dijo de las mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

Soria, B. (2012). *Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio*. Almería: España. Recuperado de <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2543/Trabajo.pdf?sequence>

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquía

Suárez, I. (2014). *Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné* (Trabajo de fin de grado, Universidad Pública de Navarra, España). Recuperado de :<https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11903/TFGItziarBernues.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Universidad de la República, (s.f.). Perfil de la Obstetra Partera. Recuperado de: <http://www.universidad.edu.uy/carreras/majorMoreInfo/majorId/436>

Universidad de la República, Facultad de medicina. (s.f.). Reseña Institucional. Recuperado de: <http://www.fmed.edu.uy/institucional/rese%C3%B1a-institucional>

Valle, J. (2003). Acerca de los términos comadrón/a, matrona, obstetrix y otros. *Matronas profesión*, 4(11), 17-19. Recuperado de: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/vol4n11pag17-19.pdf>

Vidal, M. A., y Benito. (12, mayo 2012). La empatía en la consulta del profesional de la salud. *IntraMed*. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=75717>

Zapata, R., y Gutiérrez, M. (2016). *Salud Sexual y Reproductiva*. España: Universidad de Almería.

ANEXOS Y APÉNDICES

Anexo I: Nota Pre aprobación de Comité de Ética

 asse

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Montevideo, 17 de Junio de 2020.

EGRANTES

Coordinadora:

Dr. Gabriela Garrido

Dr. Beatriz Ceruti

Dr. Agda, Dra. Virginia Kanopa

Bruno Cutun

Dr. Mariana Malet

Dr. TS. Maria del Carmen Canavessi

Dr. Olga Larrosa

Dr. Fanny Fernando Antunez

Dr. Enf. Scheley Santos

Dr. Prof. Adj. Dr. S. Scasso

Dr. Prof. Adj. Dra. Fernanda Gomez

Dr. Psic. Ruben Garcia

A: Dirección General del Centro
Hospitalario Pereira Rossell
Dra. Victoria Lafluf

De: Integrantes del Comité de
Ética en investigación

Por la presente se deja constancia que el Comité de Ética en
Investigación solicita en relación al proyecto, "**LAS OBSTETRAS
PARTERAS Y EL ASESORAMIENTO SOBRE RELACIONES
SEXUALES EN GESTANTES PUÉRPERAS: UN ABORDAJE
INTEGRAL**". Resp: Btes. Vanessa Bordagorry, Ma Belén Conde,
Mariangel Ramos, Tatiana Vila. Tutora: Prof. Adj. Mag. OP. Verónica
Delbono.

Secretaria

Dr. Part. Julie Nathalie Canobra

Dr. mte.etica.investigacion@gmail.com

- No determina número, período de tiempo y lugares en los que
se llevará a cabo.

Recepción de Protocolos

Dirección General del

Centro Hospitalario Pereira Rossell

Pho - Tel/Fax: + (598) 2 707 5274

Artigas 1550 C.P. 11600

Dr. ton.pereirarossell@asse.com.uy

Montevideo - Uruguay

Aprobación condicional, una vez realizadas las apreciaciones por este
Comité, se procederá a la aprobación del mismo.

Sin más, saluda a Ud. muy atentamente,

Comité de Ética en Investigación
Dr. Gabriela Garrido
Coordinadora

Prof. Dra. Gabriela Garrido
Coordinadora

Anexo II: Nota Fallo de Comité de Ética

 asse

 PEREIRA ROSSELL
**DIRECCIÓN
GENERAL**

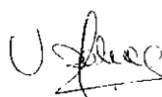
Montevideo, 15 de julio de 2020.

De: Dirección General del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Cra. Verónica Deluca

A: Prof. Adj. Mag. OP Delbono –
Bres. Bordagarray - Conde - Ramos - Villa

Por la presente adjunto a ustedes nota del Comité de Ética en Investigación de este Centro Hospitalario, referente al Proyecto "Las Obstetras Parteras y el Asesoramiento sobre Relaciones Sexuales en Gestantes Puérperas: Un abordaje integral".

Le saluda atentamente,



CRA. VERONICA DELUCA
ADJUNTA
DIRECCION GENERAL
CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL

Anexo III: Nota Aprobación de Comité de Ética



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Montevideo, 14 de Julio de 2020.

INTEGRANTES

Coordinadora:
Prof. Dra. Gabriela Garrido

Dra. Beatriz Ceruti
Prof. Agda. Dra. Virginia Kanapa
Dr. Bruno Cuturi
Dra. Mariana Malet.
Lic. TS. Maria del Carmen Canavessi
Dra. Olga Larrosa.
Quím. Farm. Fernando Antunez.
Lic. Enf. Schelely Santos.
Prof. Adj. Dr. S. Scasso.
Prof. Adj. Dra. Fernanda Goniez
Lic. Psic. Ruben Garcia.

A: Dirección General del Centro
Hospitalario Pereira Rossell
Dra. Victoria Lafluf

De: Integrantes del Comité de
Ética en investigación

Por la presente se deja constancia que el Comité de Ética en
Investigación da por Aprobado el proyecto, "**LAS OBSTETRAS
PARTERAS Y EL ASESORAMIENTO SOBRE RELACIONES
SEXUALES EN GESTANTES PUERPERAS: UN ABORDAJE
INTEGRAL**". Resp.: Bres. Vanessa Bordagorry, Ma Belén Conde,
Mariangel Ramos, Tatiana Vila. Tutora: Prof. Adj. Mag. OP. Veronica
Delbono.

Secretaria
Obst. Part. Julie Nathalie Canobra
comite.etica.investigacion@gmail.com

Sin más, saluda a Ud. muy atentamente,

Recepción de Protocolos
Dirección General del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
7º Piso - Tel/Fax: + (598) 2 797 5224
Br. Artigas 1550 C.P. 11600
direccion.pereirarossell@asse.com.uy
Montevideo - Uruguay

Comité de Ética en Investigación
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Tel/Fax: + (598) 2 797 5224
direccion.pereirarossell@asse.com.uy

Prof. Dra. Gabriela Garrido
Coordinadora

Apéndice I

En control obstétrico:

Pregunta	S	N	NM	NA
Pregunta si mantiene relaciones sexuales				

Aborda el tema sexualidad de manera empática				
Pregunta orientación				
Indaga sobre tipo de Relación o práctica sexual				
Pregunta sobre placer en relaciones sexuales				
Aborda temas relacionados a la anticoncepción postparto				
Al realizar examen físico, relaciona la genitalidad con relaciones sexuales				
Realiza profilaxis de infección genital baja vinculada a las relaciones sexuales coitales				

Realiza profilaxis de infecciones de transmisión sexual vinculada a las relaciones sexuales				
Realiza educación sobre higiene perineal				
Recomienda realizar ejercicios durante el embarazo				
Explica alternativas -en un caso de deseo de mantener relaciones sexuales- de posiciones diferentes y cómodas para ello				
Habla sobre mitos de relaciones sexuales y embarazo				
Se estimula a que la usuaria pregunte sobre sexualidad/relaciones sexuales				
Vincula el uso de preservativo o su recomendación con contracciones uterinas				
Vincula el uso de preservativo o su recomendación con infecciones de transmisión sexual				
Vincula el uso de preservativo o su recomendación con el inicio del trabajo de parto				

S: SI

N: NO

NM: Necesita mejoras

NA: No aplica

Trabajo de parto:

Pregunta	SI	NO	NM	NA
Relaciona el trabajo de parto con sexualidad				
Pregunta orientación				
Cuida la intimidad de la usuaria				
En caso de episiorrafia y/o sutura, asesora sobre relaciones sexuales coitales luego de esto				
Pregunta orientación				
Al realizar examen físico, relaciona la genitalidad con relaciones sexuales				
Aborda el tema sexualidad de manera empática				
Realiza educación sobre higiene perineal				

Explica alternativas -en un caso de deseo de mantener relaciones sexuales- de posiciones diferentes y cómodas para ello				
Se estimula a que la usuaria pregunte sobre sexualidad/relaciones sexuales				

En control puerperal:

Pregunta	SI	NO	NM	NA
Explica la Obstetra Partera algún aspecto sobre sexualidad				
Pregunta si mantiene relaciones sexuales				
Pregunta orientación				
Indaga sobre tipo de Relación o práctica sexual				
Pregunta sobre placer en relaciones sexuales				
Aborda temas relacionados a la anticoncepción postparto				
Aborda el tema sexualidad de manera empática				
Habla de la "cuarentena postparto"				
Explica sobre cuarentena postparto				
Explica reinicio de relaciones sexuales, tiempo, tipo de relación sexual				

Considera su orientación y prácticas sexuales en el asesoramiento sobre relaciones sexuales				
Explica posibilidad de eyección láctea con relación sexual				
Al realizar examen físico, relaciona la genitalidad con relaciones sexuales				
Realiza profilaxis de infección genital baja vinculada a las relaciones sexuales				
Realiza profilaxis de infecciones de transmisión sexual vinculada a las relaciones sexuales				
Realiza educación sobre higiene perineal				
Habla sobre mitos de relaciones sexuales y puerperio				
Se estimula a que la usuaria pregunte sobre sexualidad/relaciones sexuales				
Valora la posible influencia del parto en el futuro sexual, desde el punto de vista psicológico				
Vincula el uso de preservativo o su recomendación con infecciones de transmisión sexual				
Vincula el uso de preservativo o su recomendación con el inicio del trabajo de parto				

Apéndice II

Versión 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Trabajo Final de Grado

Universidad de la República - Facultad de Medicina - Escuela de Parteras

Investigadoras/Tesistas: Brs. Vanessa Bordagorry, Belén Conde Reyes, Mariangel Ramos Sabagno, Tatiana Vila Olivera.

Tutora de Trabajo Final: Mag. Prof. Adj. Obs. Partera Verónica Delbono González

Título de Trabajo final: *Las Obstetras Parteras y el asesoramiento sobre relaciones sexuales en gestantes y puérperas: un abordaje integral.*

Estimada participante:

La estamos invitando a participar en una investigación con el objetivo de describir cómo es la información que se le brinda a las mujeres en el proceso de gestación y puerperio sobre las relaciones sexuales, a realizarse como trabajo final de la carrera Obstetra Partera.

La relevancia académica de este trabajo, se fundamenta en generar conocimientos de las debilidades y fortalezas que tienen las profesionales Obstetras Parteras en relación a la Salud Sexual y Reproductiva.

Es necesario conocer qué información se transmite, de qué forma y en qué momento del proceso de gestación o puerperio se brinda dicha información.

Este estudio significa un beneficio para la enseñanza y formación de futuras Obstetras Parteras, además, estimula la actualización y continua formación de Obstetras Parteras en ejercicio.

Si usted desea participar de esta investigación que forma parte del Trabajo Final de la carrera Obstetra Partera, llevado a cabo por las estudiantes Bachilleres: Vanessa Bordagorry, Belén Conde, Mariangel Ramos y Tatiana Vila, bajo la tutoría de la Prof. Adj. Verónica Delbono, se le acompañará de forma expectante durante el desempeño de sus actividades profesionales (en consultas de primer nivel, visitas domiciliarias y/o en sala de maternidad, monitoreos o emergencia). Vale aclarar que se guardará total confidencialidad a través del anonimato. Se guardará también estricta confidencialidad con respecto a la identidad y datos filiatorios de las usuarias que permitan que una de las investigadoras esté presente mientras usted realiza la asistencia, para lo que también solicitaremos consentimiento (verbal y escrito) informado.

El acompañamiento en sus actividades se realizará por 4 semanas o al alcanzar 4 tipos de consulta diferentes en las que se brinde la información objeto de nuestro estudio.

Otro aspecto que usted debe saber, es que no recibirá ninguna compensación económica por su participación en la investigación.

Usted es libre de participar o no, además puede decidir no participar luego de comenzada la investigación comunicándolo a la investigadora, sin que ello signifique modificaciones de ningún tipo o acciones de represalias.

Toda información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, sólo las investigadoras responsables de esta investigación, vale decir Vanessa Bordagorry, Belén Conde, Mariángel Ramos, Tatiana Vila y su tutora Verónica Delbono, podrán tener acceso a su identificación.

La presentación de los resultados, así como cualquier publicación o comunicación científica se realizará respetando estrictamente el anonimato del profesional responsable de la consulta y “usuaria.”

Recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado, es importante que sepa que tiene derecho de hacer todas las preguntas que estime convenientes sobre este estudio para decidir participar, así como también tiene derecho a preguntar sobre las dudas durante su participación, debiendo la estudiante responsable de la investigación responderlas.

Ante cualquier duda la invitamos a comunicarse con las responsables de la investigación: trabajofinaldegradoop@gmail.com

Agradeciendo sinceramente su disposición y colaboración, le invitamos a firmar este formulario de consentimiento informado.

Firma

Aclaración de firma

(usuarias)
CONSENTIMIENTO INFORMADO
Trabajo Final de Grado

Universidad de la República - Facultad de Medicina - Escuela de Parteras

Investigadoras/Tesistas: Brs. Vanessa Bordagorry, Belén Conde Reyes, Mariangel Ramos Sabagno, Tatiana Vila Olivera.

Tutora de Trabajo Final: Mag. Prof. Adj. Obs. Partera Verónica Delbono González

Título de Trabajo final: *Las Obstetras Parteras y el asesoramiento sobre relaciones sexuales en gestantes y puérperas: un abordaje integral.*

Estimada participante:

La estamos invitando a participar en una investigación con el objetivo de describir cómo es la información que se le brinda a las mujeres en el proceso de gestación y puerperio sobre las relaciones sexuales, a realizarse como trabajo final de la carrera Obstetra Partera.

La relevancia académica de este trabajo, se fundamenta en generar conocimientos de las debilidades y fortalezas que tienen las profesionales Obstetras Parteras en relación a la Salud Sexual y Reproductiva.

Es necesario conocer qué información se transmite, de qué forma y en qué momento del proceso de gestación o postparto se brinda dicha información.

Este estudio significa un beneficio para la enseñanza y formación de futuras Obstetras Parteras, además, estimula la actualización y continua formación de Obstetras Parteras en ejercicio.

Si usted desea participar de esta investigación que forma parte del Trabajo Final de la carrera Obstetra Partera, llevado a cabo por las estudiantes Vanessa Bordagorry, Belén Conde, Mariángel Ramos y Tatiana Vila, bajo la tutoría de la Prof. Adj. Verónica Delbono, se le acompañará de forma expectante durante la atención obstétrica (en consultas de primer nivel, visitas domiciliarias y/o en sala de maternidad, monitoreos o emergencia), mientras se observa la asistencia prestada por la Obstetra Partera.

Vale aclarar que se guardará total confidencialidad a través del anonimato de las usuarias que permitan que una de las investigadoras esté presente mientras se lleva a cabo la consulta.

Otro aspecto que usted debe saber, es que no recibirá ninguna compensación económica por su participación en la investigación.

Usted es libre de participar o no, además, puede decidir no participar luego de comenzada la investigación comunicándolo a la investigadora, sin que ello signifique modificaciones de ningún tipo o acciones de represalias.

Vale aclarar que la participación implica su autorización a que podamos observar a la profesional que la asiste, siendo las Obstetras Parteras a quienes observaremos en su actuar profesional.

Toda información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, sólo las investigadoras responsables de esta investigación, vale decir Vanessa Bordagorry, Belén Conde, Mariángel Ramos, Tatiana Vila y su tutora Verónica Delbono, podrán tener acceso a su identificación.

La presentación de los resultados, así como cualquier publicación o comunicación científica se realizará respetando estrictamente el anonimato del profesional responsable de la consulta y “usuario.”

Recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado, es importante que sepa que tiene derecho de hacer todas las preguntas que estime convenientes sobre este estudio para decidir participar, así como también tiene derecho a preguntar sobre las dudas durante su participación, debiendo la investigadora responderlas.

Ante cualquier duda la invitamos a comunicarse con las responsables de la investigación: trabajofinalgradoop@gmail.com

Agradeciendo sinceramente su disposición y colaboración, le invitamos a firmar este formulario de consentimiento informado.

Firma

Aclaración de firma

Apéndice III

Códigos y su definición:

- Accesibilidad: posibilidad de acceder a centros de atención sanitaria
- Anticoncepción: métodos para que la usuaria pueda elegir el momento de un embarazo
- Apertura: refiere a la disposición de la profesional a hablar y dar espacio para que la usuaria se exprese
- Asexuación embarazo chico: refieren a percibir sin sexualidad a las mujeres embarazadas que cursan 1er trimestre
- Asistencia integral: refiere a realizar una asistencia que integra todos los aspectos de la persona, sin fragmentaciones
- Autoerotismo: práctica del placer sexual que recurre al propio cuerpo
- Confort: refiere a la comodidad
- Continuidad: acción de mantener un hilo conductor que permite el seguimiento, la unidad
- Control Obstétrico: refiere a las visitas programadas con la usuaria donde todas las acciones y procedimientos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.
- Cuidados: acciones de cuidar, desde un lugar de prevención y promoción en hábitos saludables
- DDSSRR: realizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población.
- Deseo sexual: sentimiento que motiva a
- Edad: años de la persona (obstetra partera)
- Edad gestacional: refiere a las semanas de gestación o forma de medir el tiempo de embarazo
- Ejercicio profesional: concerniente a la actuación profesional
- Embarazo no deseado: refiere a evitar un nuevo embarazo no planificado
- Empatía: característica de ponerse en el lugar de la otra persona
- Episiorrafia/suturas: métodos de reparación de daños del periné durante un parto
- Estrategias de comunicación: formas que encuentra la profesional para comunicar algo
- Educación sexual: se refiere a la educación en sexualidad
- Formación: se refiere a la formación académica
- Generalización: que todo es general, igualitario para todas
- Género: característica de la usuaria o aspectos concernientes al enfoque de género, dirigidos a la mujer (feminidad)
- Genitales: se designan a los órganos sexuales
- Genitalidad: refiere al aspecto corporal de la sexualidad centrándose en los genitales
- Heteronormatividad: concerniente a la norma social que requiere o rige como única forma pensada y/o esperada a la heterosexualidad

- Identidad sexual: es un concepto que remite a la forma en la que el individuo se identifica como hombre o mujer desde el punto de vista del género y también remite a la orientación sexual que tiene esa persona
- Inclusión: refiere a la inclusión o integralidad de la atención, inclusión de varias características de la salud en sexualidad, sin sesgar
- Individualización: refiere al abordaje particular con una usuaria
- IGB: refiere a todas las infecciones genitales bajas
- ITS: refiere a todas las infecciones de transmisión por vía sexual
- Lactancia: refiere al proceso de dar de mamar al recién nacido
- Maternidad: mujeres ejerciendo el rol de ser madre.
- Mitos: Creencias tradicionales que pasan de generación en generación
- Obstetricia sin sexualidad: aspectos referidos a la supremacía de lo obstétrico por sobre lo sexual
- Omisiones: acciones que se omiten o no están (deseadas o no)
- Pareja: persona vinculada afectivamente a la mujer (usuaria)
- Placer: hace referencia a una sensación de bienestar, deseable. Aspectos placenteros
- Placer sexual: refiere al sentimiento positivo que desencadena una relación sexual
- Prácticas sexuales: formas de tener relación íntima, erótica y/o sexual con uno mismo u otras personas
- Prevención: refiere a las acciones de prevenir un daño o situación no deseada
- Privacidad: referido a mantener la privacidad de la usuaria o la consulta
- Pudor: aspecto que hace referencia a la vergüenza de la usuaria
- Puerperio: periodo posterior al parto
- Religión: refiere al conjunto de creencias religiosas las cuales pueden interferir en el actuar profesional
- Resistencia a hablar de sexualidad: Hace referencia a la negación a hablar acerca de sexualidad en el embarazo y puerperio
- Rol de género: hace referencia al conjunto de normas sociales y de comportamiento, que se le otorga a los hombres y las mujeres, en función de una construcción social
- Seguimiento: se refiere a la continuidad asistencial con una usuaria
- Sexualidad inferior a otros temas: se prioriza hablar de otros temas considerados más importantes, antes que la sexualidad
- Sistematización: algo que es sistemático, siempre igual, en el mismo orden, como máquina.
- Sociedad y cultura: refiere a aspectos que se nuclea en la sociedad y cultura
- Tabú: designa una conducta moral o lógicamente inaceptable por una persona o una sociedad
- Tiempo: se refiere a la cantidad de tiempo con el que cuenta la OP en las consultas
- Trayectoria: se refiere al tiempo de egreso, recorrido o camino hecho luego del egreso de la OP

- Valoración positiva de la educación sexual: refiere a las Obstetras Parteras que se formaron por fuera de la Escuela de Parteras y le dan otro valor a la sexualidad, lo consideran importante
- Vínculo familiar: hace referencia a las Obstetras Parteras que ejercen la maternidad.

Apéndice IV

Dimensiones

- Acciones profesionales: formas de actuar, o procedimientos que realizan en el contexto profesional.
- Características personales: son las que definen como individuo a la persona, características que aparecieron de las OP
- Características profesionales: son aquellas que definen o caracterizan a las profesionales observadas
- Carrera: La carrera profesional es el derecho de los profesionales a progresar de manera individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios.
- Contexto sanitario: todos los aspectos del ámbito de los servicios de salud
- Contexto social: Lugar donde los individuos se desarrollan en determinadas condiciones de vida
- Etapa Asistencial: momento en el cual se relaciona OP y usuaria
- Percepción de las Obstetras Parteras de la Salud Sexual: forma en que las OP perciben la salud sexual en general (de las personas y de las usuarias podría entenderse)
- Prevención en salud sexual: hace referencia a las acciones de evitación de daños o riesgos y a la promoción en hábitos saludables en cuanto a la salud sexual
- Sexualidad de la mujer/usuaria: hace mención a los aspectos de la sexualidad de las usuarias