

ARTÍCULO ORIGINAL**LA MATRONA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES A TRAVÉS DE HISTORIAS DE VIDA****THE MIDWIFE IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN THROUGH LIFE HISTORIES****Autores:**

Carmen, Martínez Rojo ^a
Natalia Emilia, Rodríguez Portilla ^a

^a Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.
E-mail: romaca50@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Obtener y analizar información de las mujeres residentes en el municipio de Murcia en el año 2010 sobre conceptos en salud sexual y reproductiva para incorporarlos al conocimiento de la disciplina matrona.

Para implementar cuidados efectivos en las mujeres murcianas, las matronas necesitan conocer desde el propio discurso de estas, cuales son sus necesidades, modos y sabores entorno a su salud sexual y reproductiva.

Método: La investigación que se plantea es de corte descriptivo con un enfoque cualitativo y desde una mirada antropológica enfermera y desde

paradigmas epistemológicos construccionistas. Se seleccionó una muestra de cinco mujeres residentes en el municipio de Murcia atendiendo a criterios de muestreo por máxima variedad. La parte central de nuestro trabajo de campo la conforman las historias de vida realizadas a las cinco mujeres obteniendo los resultados a través de un análisis inductivo y posterior categorización de sus discursos.

Resultados: Del análisis del discurso se obtienen como relevantes las siguientes categorías:

1- Conceptos en salud sexual y reproductiva (Relaciones sexuales/ Decisión de maternidad/Vivencia de partos/ Miedos en el embarazo y maternidad).

2- Influencia cultural en salud sexual y reproductiva (Maternidad. La madre sacrificada: exaltación de la idea de maternidad).

Conclusiones: La complejización de la sociedad, hace que la profesión matrona dinamice sus fundamentos entorno al conocimiento cultural de su objeto receptor de cuidados en salud sexual y reproductiva. Las mujeres son las protagonistas necesarias; solo a través de sus miradas nos vincularemos las matronas a sus vidas.

Palabras clave: Matronas, Salud sexual y reproductiva, Investigación cualitativa.

ABSTRACT:

Objective: Obtain and analyze information from women living in the

municipality of Murcia in 2010 on concepts in sexual and reproductive health to incorporate the knowledge of midwives.

To implement effective care for women in Murcia, midwives need to know from speaking for themselves, what are their needs, ways and flavors around their sexual and reproductive health.

Method: The research raised is descriptive with a qualitative approach from an anthropological-nurse perspective from constructionist epistemological paradigms.

A sample of five women, living in the municipality of Murcia, were selected, according to criteria of maximum variety sampling. The central part of our fieldwork consist in life stories of five women made to get the results through an inductive analysis and subsequent categorization of his speeches.

Results: From discourse analysis obtained the following categories as relevant:

1. Concepts in sexual and reproductive health (sex / Decision Maternity/ Experience of delivery / Fear of pregnancy and maternity)
2. Cultural influences on sexual and reproductive health (Maternity. The sacrificing mother: exaltation of maternity)

Conclusions: The growing complexity of society, makes the midwife profession energizes its foundations around the cultural knowledge of the object receiving care in sexual and reproductive health.

Women are the protagonists necessary; only through their eyes we will link midwives to their lives.

Keywords: Midwives, Sexual and Reproductive Health, Qualitative Research

INTRODUCCIÓN

A la hora de definir y diseñar el trabajo de una matrona, no podemos obviar el papel protagonista que en ello desempeñan las mujeres, baremando así necesariamente la diversificación cultural de Murcia en la última década. El conocimiento de estas modificaciones sociales y de los factores que definen en la actualidad la cultura murciana, serán esenciales para la matrona en su tarea de implementar cuidados de calidad en materia de salud sexual y reproductiva a la mujer en el siglo XXI.

Para un acceso real a esta información personal de las mujeres murcianas, planteamos un estudio con una metodología cualitativa. Esta nos ofrece recursos para el análisis de sus necesidades desde una visión más íntima. Por lo tanto, este es nuestro objetivo fundamental; obtener y analizar información de las mujeres residentes en el municipio de Murcia en el año 2010 sobre conceptos en salud sexual y reproductiva para incorporarlos al conocimiento de la disciplina matrona enriqueciendo y optimizando la profesión.

PARTICIPANTES Y MÉTODO

DISEÑO

La investigación se compone de dos partes; en primer lugar se realizó una

revisión bibliográfica mediante fuentes impresas o digitales especializadas en ciencias de la salud como Pubmed, Cochrane, Scielo, CUIDEN, así como en bases de datos especializadas en género y ciencias sociales como ISOC y AIO y en páginas web de organismos oficiales y asociaciones de mujeres. En segundo lugar se realizaron, como técnicas de recogida de información, historias de vida a 5 mujeres, residentes en el municipio de Murcia, desde noviembre de 2009 a abril de 2010. Estas entrevistas, grabadas y transcritas, forman parte del trabajo de campo que realizamos, siendo el análisis del discurso el centro del proceso de investigación. Se realiza un guión de preguntas accesorias que no utilizaremos a menos que la información a cerca del tema investigado sea insuficiente. Se intercalan así mismo, fragmentos de narración de una de las entrevistas para apoyar el análisis inductivo con la intención de generar conocimiento científico subjetivo y generativo, a través de la segmentación, categorización y codificación de los datos orales ⁽¹⁾. Se establecen elementos relacionales y diferenciales entre esta y las cuatro restantes en torno a los conceptos que surgen en salud sexual, reproductiva y cultura.

El estudio está diseñado y realizado desde una mirada ética y posee sus limitaciones en nuestra proximidad cultural al objeto de estudio y en nuestra condición de matronas que sesga involuntariamente parte de las informaciones.

De este análisis, se extraen una serie de conclusiones para las matronas contribuirán a promover unos cuidados humanizados, integrales y de calidad.

MUESTRA Y PARTICIPANTES Y/O CONTEXTOS

En primer lugar definiremos nuestro colectivo de estudio: el trabajo etnográfico está dirigido a todas las mujeres que residen en el municipio de Murcia. La población del municipio en 2009 es de 436.870 y la tasa de natalidad de la Región de Murcia es una de las más elevadas de España, en 2008 de 13,56% frente a un 11,38% nacional ⁽²⁾.

Nuestro rol de entrevistadoras se adecuó a las características de las entrevistadas. Nuestra muestra se compone de 5 mujeres a las que se les realizaron historias de vida, y se seleccionaron mediante un muestreo intencional, dinámico y secuencial por conveniencia, atendiendo a la diversidad de las mujeres, buscando representatividad e intentando establecer una secuencia generacional. Las informantes fueron captadas a través de la matrona de una Zona Básica de Salud del municipio que actuó como enlace, concertando una cita posterior para la realización y grabación de la entrevista previa autorización.

Presentaremos a continuación a nuestras 5 informantes:

-Primera informante (Mu001): (Historia de vida: duración; 51 minutos): mujer 34 años. Nacida en Murcia. Formación Universitaria. 3 hijas. Casada. Es muy comunicativa, la entrevista resulta fácil de concertar y de realizar.

-Segunda informante (Mu002): (Historia de vida: duración; 1 hora 18 minutos): mujer 67 años. Nacida en Murcia. Tiene 3 hijos y 6 nietos. No acabó los estudios primarios. Trabaja en labores domésticas. Entrevista realizada en

su domicilio con dificultad para encontrar momentos de soledad.

-Tercera informante (Mu003): (Historia de vida 33 minutos): mujer 53 años. Nacida en Ucrania. Habla español pero la comunicación es dificultosa. Necesito utilizar el guión elaborado por lo conciso de su testimonio.

-Cuarta informante (Mu004): (Historia de vida 55 minutos): mujer 29 años. Nacida en Toledo. Reside en Murcia desde su infancia. Posee estudios universitarios. Soltera y con pareja. No tiene hijos. Entrevista dinámica y divertida realizada en el domicilio de la entrevistada.

-Quinta informante (Mu005): (Historia de vida 41 minutos): mujer 20 años. Nacida en Murcia. Estudiante. Soltera y sin pareja estable.

El análisis ira acompañado de fragmentos de narración de la entrevista Mu001 relacionando las 4 entrevistas restantes a través de conceptos generales extraídos de las mismas y de las diferencias sustanciales entre ambas.

ANÁLISIS

Las matronas, desde la recién adquirida conciencia del peso de lo cultural en cuestiones de salud y desde un marco epistemológico constructorista, hemos aprendido como se diluyen los límites entre el dualismo salud-enfermedad y se le da protagonismo a los actores sociales para una mejor comprensión del peso de la cultura sobre las cuestiones en salud ⁽³⁾.

Dentro de la primera Estrategia de Salud Reproductiva mundial, la OMS ⁽⁴⁾ recoge la definición de salud reproductiva aprobada por la Conferencia

Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo 1994). En ella se entiende la salud reproductiva como "...un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones, procesos..." la definición continua "... entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia..."; concluye afirmando "... Incluye también la salud sexual...y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual."

En 2002, la OMS ⁽⁵⁾ define la salud sexual como: "...es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad..." continua la definición afirmando que "... requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia...". Por último señala que "... para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos".

Organismos internacionales abogan, cada vez con más energía, por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos en especial de las mujeres, como parte esencial de los derechos humanos. La primera referencia explícita a los derechos humanos de las mujeres se realiza en Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979. A nivel europeo, el Parlamento aprobó la resolución

2001/2128 (INI) sobre salud sexual y reproductiva y en España, tras la Ley General de Sanidad (1986) y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre Ley básica de la Autonomía del paciente, han surgido iniciativas remodeladoras hasta llegar a la actual Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo 2/2010 de 3 de marzo 2010 ⁽⁶⁾.

Por otro lado, los estudios de género en las políticas sanitarias y en materia de salud sexual y reproductiva, se han convertido en la base del planteamiento en la asistencia de la mujer del siglo XXI. Así mismo, la OMS en 2006 promueve un nuevo modelo en cuidados y salud basado en el autocuidado; es la mujer la protagonista de su propia salud adquiriendo relevancia Institucional y Política la importancia de la participación activa en sus procesos de embarazo, parto y puerperio. Este nuevo modelo, implica el conocimiento de las influencias culturales del contexto que viven nuestras mujeres. En este sentido, empezaremos redefiniendo el concepto de maternidad. Desde la antropología, la interpretación cultural de la maternidad ha variado al ritmo que lo ha hecho la historia, la política, el derecho, la economía y las mujeres. La maternidad se encuentra condicionada ampliamente por las formas sociales en las que se presenta. En las actuales sociedades complejas, los cambios culturales, los relativos al mercado laboral, las expectativas hacia el sistema sanitario relacionadas con los aspectos de promoción de la salud y la calidad asistencial, así como los factores relacionados con la escasa intervención de los poderes públicos en relación con el sostenimiento de la familia entre otros, relegan la maternidad a un segundo plano tal como reflejan las tasas de fecundidad en la actualidad. Son muchos los estudios que

relacionan maternidad y parto con la cultura; Marcús ⁽⁷⁾ habla de la influencia de la marginalidad en madres adolescentes, Luque ⁽⁸⁾ menciona las diferentes vivencias del parto en base a factores socioculturales y El Delasmi ⁽⁹⁾ plantea un estudio cualitativo para la valoración de la influencia cultural en la vivencia del parto que nos resultó revelador. En cuanto a la salud sexual, existen un gran número de autores que estudian el peso cultural en la sexualidad. Resaltaremos las ideas de Foucault ⁽¹⁰⁾ que introduce conceptos de control social de la sexualidad para ejercer poder sobre las personas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La categorización de conceptos en torno a salud sexual y reproductiva-cultura extraídos de las entrevistas vienen expresados en la tabla 1:

1. CONCEPTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Según Maroto-Navarro ⁽¹¹⁾ los cambios culturales, los relativos al mercado laboral y a la dificultad en la conciliación de la vida laboral, relegan a la maternidad a un segundo plano. Las mujeres españolas, parecen haber optado por la «calidad» en vez de la «cantidad» de la familia y entre las opciones familiares encontramos un amplio abanico de posibilidades.

1.0 Relaciones sexuales.

Según Fagetti ⁽¹²⁾ la sublimación de la virginidad en las sociedades patriarcales, ha perseguido la certificación de la paternidad de un individuo

ante su inseguridad por la dificultad de legitimación de la paternidad. La necesidad de asegurar los vínculos de sangre y parentesco, han llevado a la revalorización clásica de la virginidad, todo esto apuntalado por las doctrinas de la Iglesia Católica.

Estos valores son apreciados por la entrevistada Mu001:

"...mi relación con los chicos era de salir por ahí, pero de relaciones sexuales nada..."

En este punto coincide con la entrevista Mu002; ambas otorgan un valor a la virginidad fundamentado en sus creencias religiosas y consolidado por sus correspondientes familias a pesar de ser de dos generaciones distintas. Sin embargo el resto de entrevistadas expresan su oposición a este valor de la virginidad y expresan tendencias sexuales diversificadas.

1.1 Decisión de maternidad.

La decisión de maternidad desde una perspectiva cultural, pasa a ser una cuestión privada y no una cuestión social como antaño. El uso de métodos anticonceptivos desde los años 70, la incorporación al mundo laboral remunerado de la mujer, el aumento en el número de divorcios, el cambio de valores hegemónicos y la persistencia de una relativa "obligación moral" de la mujer en pareja de ser madre, conviven en esta sociedad de hoy. Las mujeres se debaten entre sus aspiraciones profesionales-sociales y el peso de esa educación católica imperante, que les exige culturalmente ser buenas madres.

"...yo siempre decía que yo no tenía instinto maternal, porque... me gustaban los niños, pero yo no me veía con niños..."

La informante, posee una idea previa a su maternidad de lo que es el "instinto maternal" y se declara no afín al mismo. Pero matiza que ha ido cambiando el concepto de maternidad siendo madre. La decisión de la maternidad en su caso, se vio impulsada por el claro deseo de su marido de reforzar los vínculos de la familia y del parentesco con los hijos.

"...mi marido tenía claro que quería hijos y yo...pues me animé...pero sin pensarlo demasiado que sí no..."

Duran ⁽¹³⁾ nos recuerda en un artículo, que el padre adquiere en las sociedades modernas cada vez más protagonismo en las decisiones de paternidad y en el proceso reproductivo, superando así las teorías más absolutistas feministas de la maternidad y su decisión como una cuestión meramente femenina. Surge así el término de paternidad responsable, susceptible de ser incluido en nuestro análisis de la maternidad como matronas. Este término implica una redistribución de género en labores domésticas más equitativa para contribuir al aumento de la salud física y mental de las mujeres.

Solé ⁽¹⁴⁾ cita a su vez a Cid (2002) en cuanto al instinto maternal "...no ha resultado fácil...la erradicación de la creencia del instinto maternal...como comportamiento arraigado en la naturaleza de la mujer y...la maternidad como construcción cultural...elaborada por los hombres".

En el mismo concepto de decisión de maternidad difieren todas las entrevistadas; Mu002 y Mu003 nunca cuestionaron su decisión de maternidad, mientras que Mu004 y Mu005 declaran directamente su deseo de no ser madres.

1.2 Vivencia de partos.

En la mujer actual, es de vital importancia la participación activa de su pareja en el proceso de parto, puerperio y posterior crianza. Esto supone un reto para el profesional que había hecho del hospital una fortaleza amurallada desde donde protegerse de la red social, y llevar cabo su medicina en la intimidad.

Las necesidades de la mujer y sus prioridades, impulsan el cambio de este modelo cerrado de asistencia en el parto, no sin la reticencia de los profesionales;

"...mi marido mantuvo la compostura. Estuvo conmigo cuando nació mi hija..."

La informante se muestra orgullosa de la presencia de su marido en el parto. Estas necesidades de integración de las familias en los procesos reproductivos, son actuales como lo demuestran la informante Mu002 que no incluye a su marido; más bien explicita que este se quedó fuera nervioso, como tradicionalmente se escenificaba el rol masculino. El resto de informantes no hacen referencia alguna al parto.

1.3 Miedos en el embarazo y maternidad.

Orozco ⁽¹⁵⁾ habla en su libro de los miedos de las madres, sobre las que recae una responsabilidad enorme en cuanto lo que la sociedad espera de ellas. Nuestra informante Mu001 coincide con la autora expresando sus

miedos:

"... no sabes nunca lo que va a pasar, si va a ir bien, si... Ahí hay una mezcla de emociones, de sentimientos... yo no voy a empezar a pensar; ay si esto va a salir mal..."

El imaginario de la mujer embarazada y la posterior crianza hace que en ocasiones sufra una ansiedad anticipatoria que puede prolongarse en el resto de su vida familiar. Todo por lograr ese modelo de "superwoman" trabajadora, madre perfecta y pareja ideal. Este imaginario es cambiante, ya que las informantes Mu002 y Mu003, no expresan tantos miedos ni ideas preconcebidas entorno a la maternidad: ellas asumen que han nacido para ser madres, al contrario que las informantes Mu004 y Mmu005 que disienten radicalmente en este punto.

2. INFLUENCIA CULTURAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2.0 Maternidad. La madre sacrificada: exaltación de la idea de maternidad.

Solé ⁽¹⁴⁾ expone que las parejas actuales plantean la maternidad como un proyecto de vida, priorizando la felicidad de la pareja. El compromiso y el sacrificio ceden espacio a la búsqueda de la realización del individuo y de la pareja. Este concepto se une al de eventualidad de la pareja y la dilución del ancestral "para toda la vida" unido al imaginario del matrimonio. Esta tendencia actual, no se corresponde con los modelos de todas nuestras

informantes. La informante Mu002 Mu003 y la Mu001 establecen el mismo modelo de maternidad intensiva o lo que Jiménez Godoy ⁽¹⁶⁾ definió como el mito de la madre sacrificada:

"...Desde la concepción es un sacrificio..."

La informante Mu002 ligado al modelo social imperante de madre de la España de los años 60 y la informante Mu001 más ligado a su influencia religiosa:

"...Te obliga a renunciar a ti, como persona a favor de ellos...o sea, porque no todo el mundo está dispuesto, es muy difícil..."

La maternidad es mezcla entre orgullo y resignación. El resultado del destino de los hijos depende del esfuerzo que realice la madre:

"... debe ser algo instintivo y espontáneo...antes están ellas, su bienestar..."

Las informantes Mu004 y Mu005 con su ateísmo maternal, se niegan a perpetuar este modelo de maternidad.

CONCLUSIONES

Del análisis de los discursos, obtuvimos una similitud sorprendente entre informantes con edades muy diferentes, rompiendo la idea general que se extrae del estudio de las diferencias generacionales. La informante que expresa una influencia poderosa de la religión católica en su vida, iguala su discurso al de las informantes de mayor edad y se separa del resto de

informantes que, a pesar de tener una edad similar a ella, no expresan ningún tipo de influencia religiosa.

En general, aunque hay discursos que concuerdan con los autores consultados, otros ponen un contrapunto de diversidad y abandono de los modelos tradicionales; mientras unas conceden importancia al valor de la virginidad y consideran su decisión de maternidad como meditada e influida por su pareja, valoran la presencia de su marido en los procesos de embarazo, parto y crianza y expresan sus miedos y su deseo de ser una buena madre aunque suponga una entrega total, otras son exponente de una diversidad sexual rechazando la idea tradicional de maternidad intensiva y desligando claramente los conceptos de salud sexual y salud reproductiva.

Por tanto ante esta diversidad, es obvia la necesidad de conocimiento de la propia cultura de la mujer murciana en torno a cuestiones en salud sexual y reproductiva. Este contribuye a dibujar el perfil de los cuidados de la matrona culturalmente competentes.

Sin embargo nos surgen nuevos interrogantes; ¿Estamos preparados los profesionales enfermeros para afrontar esta diversidad? ¿Seremos capaces de ceder parte de nuestro poder a las mujeres para que expresen sus necesidades y adquieran protagonismo en su vida sexual y reproductiva?

Será la propia mujer murciana la que nos orientará en las aspiraciones de armonización entre las competencias de la matrona y las necesidades de ellas y sus familias

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa; 1996.
- (2) CREM. Centro Regional de Estadística de Murcia. 2010; Disponible en: <http://www.carm.es/econet/>. Consultado 6/7/2010.
- (3) Menéndez, EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciênc.saúde coletiva 2003:185-207.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Estrategia de Salud Reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Ginebra, 2004.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health. Report of a technical consultati3n on sexual health. Ginebra: January 2002.
- (6) Ministerio de Sanidad y Política Social. Borrador Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2009.
- (7) Marcús J. Ser madre en los sectores populares: una aproximaci3n al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. Revista argentina de sociología 2006 ;4:99-118.
- (8) Luque Fernández M.A, Oliver Reche M.I. Diferencias culturales en la percepci3n y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. Index Enferm 2005; 14:9-1.
- (9) El Delasmi. Diferencias culturales en la percepci3n y vivencia del parto. Index Enferm 2005; 14(48-49).
- (10) Foucault M. Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber. México:

SigloXXI S.A.; 1977.

(11) Maroto-Navarro G, García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. Gac Sanit 2004; 18.

(12) FAGETTI A. Pureza sexual y patrilocalidad: El modelo tradicional de familia en un pueblo campesino. Alteridades 2002; 12(24):33-40.

(13) Durán CG. El Anteproyecto de Ley Orgánica de Igualdad entre hombres y mujeres: las novedades incorporadas en el cambio de la maternidad, la paternidad y los riesgos durante el embarazo y la lactancia natural. IUSLabor 2006:9.

(14) Solé C, Parella S. Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales "exitosas". Rev Esp Invest Sociol 2004; 4:67-92.

(15) Orozco G. Madre solo hay una: sobrevivir la maternidad y no morir en el intento. : Quarzo; 2003.

(16) Jiménez Godoy A. el mito de la madre sacrificada; un modelo de género. Revista antropología experimental 2001.