

TÍTULO DEL TRABAJO

VÍNCULO MATERNO Y PATERNO- FILIAL: VIVENCIAS DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO. IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES

AUTORES

Gómez Cantarino, Sagrario; Carrobles García, Ana M^a Velasco Abellán, ; Minerva; Duque Teomiro , Carmen ; Sukkarieh Noria, Sandra.

RESUMEN

La concepción sobre el hecho de ser mujer, viene condicionada por la herencia recibida de nuestra historia. Desde tiempos muy remotos, la mujer para alcanzar su máxima realización como persona debía ser madre. El embarazo, es vivido de manera distinta por hombres y mujeres, afectando a la vida y a la sexualidad y relación con en feto, recién nacido de diversas maneras. La maternidad antecede a la paternidad, desde el punto de vista biológico como jurídico, la paternidad en estas perspectivas se funda necesariamente en una maternidad cierta, la cual se presenta por el hecho del parto y la identidad del descendiente. La maternidad es un vínculo dogmático, un principio innegable en toda relación de filiación. Históricamente mujer, asocia binomios inseparables como: mujer/madre, mujer/familia, adjudicándoles leyes naturales ligadas a determinantes biológicos. Resulta de suma importancia la incorporación masculina a todo este proceso, asistiendo a las consultas de atención prenatal, o participando junto a su mujer en el momento del parto; los profesionales sanitarios podrían informarlos sobre aspectos relacionados con la sexualidad durante el proceso reproductivo, minimizando, la influencia que la gestación puede tener tanto en la sexualidad de la pareja humana como en el vínculo del feto y recién nacido.

PALABRAS CLAVE: Maternidad, paternidad, género, sexualidad, representaciones sociales, tendencias, rol.

● INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, a la mujer se le ha encaminado a la esfera doméstica, así a las hijas se las ha educado para la casa, para asumir papeles de buena madre y esposa, los cuales, conforman el eje de la subjetividad femenina. A la niña se le enseña a ser cariñosa, dulce, comprensiva, no se le refuerza su autoestima, ni se le estimula a un disfrute de la sexualidad igual que al varón. Se le trasmite mayores limitaciones en su conducta sexual y reproductiva, se le atemoriza con el embarazo y se le impone la fidelidad; en definitiva, a la mujer se la prepara para atender y satisfacer las necesidades de otros.

Sin embargo, al varón se le dispone para la esfera pública, preparándole para la convivencia social, para desarrollar sus relaciones con el *afuera* y esto, incide en su salud sexual y reproductiva. Se magnifica su

estereotipada virilidad, se le sobreexige un determinado comportamiento sexual y de género, se le reduce la expresión de sentimientos, se estimula su libertad, se refuerza su entrenamiento en el sexo, pero nunca se reflexiona sobre qué piensa el varón con la llegada de un hijo. Poco se prepara al varón sobre las vivencias y responsabilidades de este evento vital, y se pierde de vista la educación de la paternidad responsable.

Con la llegada del embarazo, la mujer deja de ser exclusivamente mujer, para convertirse en madre, y muchas de ellas, pueden apreciar la maternidad como un conflicto con su sexualidad. Se refuerza el rol materno, dejando de lado el rol mujer, y se exagera entonces el tradicional binomio mujer/madre (1).

La maternidad no es solo un "hecho natural", sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por

normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia. Por lo tanto, entender que también la maternidad es un fenómeno marcado por la historia y por el género, es indispensable para entender la práctica de la misma a lo largo de la vida (2). Por otra parte, en la maternidad influyen otros determinantes fundamentales, entre los cuales cabe destacar el deseo de realizar un proyecto personal y el deseo de tener un hijo. Estos, como todo deseo, pueden existir o no, mostrarse cambiante, presentar ambivalencias, según la historia de la vida de cada mujer, de la sociedad y de la cultura a la que pertenezca (3).

Durante el embarazo se producen importantes transformaciones con respecto al erotismo. Se originan modificaciones corporales, que alteran el atractivo femenino y disminuyen los momentos de intimidad erótico sexual; se originan cambios en las posiciones coitales, temores a lesionar al feto o a la mujer por la parte masculina, y de ese modo, va disminuyendo entonces el erotismo dentro de la pareja. Esto condiciona en gran medida el acercamiento entre la pareja para sentir, valorar y vivir juntos momentos íntimos de relación en la que el feto sea parte fundamental de estos encuentros. En ocasiones es el médico quien prohíbe las relaciones sexuales, y en otras, se mantienen contactos sexuales en función de los requerimientos masculinos (4). El evitar dichos contactos da lugar a un distanciamiento importante de la pareja, por lo tanto el acercamiento al feto por parte del padre disminuye o simplemente no existe.

Estas sociedades, aún prevalentes en nuestros días, se diseñan y organizan desde una prescripción de normas y valores identificables con una determinada construcción simbólica de masculinidad y feminidad. La cultura patriarcal produce, reproduce, promueve valores asociados a la distinción y segregación de las personas a partir de su sexo.

El orden sociocultural, configurado sobre la base de la sexualidad, definida históricamente, se expresa a través del género, categoría que permite comprender las asignaciones y expectativas socioculturales hacia las personas en dependencia de sus diferencias sexuales. Implica a las actividades y creaciones de los sujetos, la intelectualidad y la afectividad, el lenguaje, concepciones, valores, el imaginario, las fantasías, los deseos, la

identidad, la autopercepción corporal y subjetiva, el sentido de sí mismo, los bienes materiales y simbólicos, los recursos vitales, el poder del sujeto, la capacidad para vivir, la posición social, jerarquía, estatus, la relación con otros, las oportunidades, el sentido de la vida y los límites propios. (5).

Determinada noción de lo femenino se asocia a la maternidad, a lo que es dado por la naturaleza, al hecho de engendrar y parir. Éste es el eje de la feminidad desde lo patriarcal. Ello articula también con la idea del sexo igual a procreación y lo deslegitima como placer. Lo femenino es asignado predominantemente a las mujeres las cuales, en cumplimiento del “mandato cultural”, deben asumir el rol de madres-esposas-amas de casa, cuidar una familia y ser su pilar emocional. Avanzando en la historia, esta influencia del patriarcado seguirá presente durante siglos, evidenciándose aún en nuestros días. La imagen de mujer como “ángel del hogar” tuvo su origen en Inglaterra en la primera mitad del siglo XIX, si bien en España se difundió en la segunda mitad. El modelo parte de la base de que hombres y mujeres tienen distintas capacidades (en el hombre prima la razón, en la mujer el sentimiento), y también, o por ello, tienen diferentes funciones sociales (esfera pública, esfera privada), pero no desiguales en importancia. Tan importante para la familia es la función del marido como la de la esposa, y la felicidad de todos dependerá del cumplimiento de los respectivos papeles. Para ello se requiere una distinta preparación: el hombre necesita adquirir una formación intelectual y profesional; la mujer necesita únicamente una información mínima para educar a sus hijos y relacionarse con su marido, pero sobre todo requiere unos conocimientos de orden moral y doméstico, y la interiorización de unas normas de conducta específicamente femeninas.

En el siglo XX, sobre todo a partir de la segunda mitad, el papel de la mujer en gran parte de las culturas ha cambiado progresivamente y en muchas sociedades se ha logrado la igualdad legal en los derechos con el hombre. Pero esto no es sinónimo de una comprensión real sobre este hecho, ni tampoco del reconocimiento integral de lo que implica, porque a pesar de los grandes avances conseguidos, se siguen cometiendo actos de injusticia contra las mujeres en las diferentes culturas.

El término cultura al igual que sociedad es relativamente moderno, como señala Raymond Williams (6), entendiendo como cultura la propiedad de dar una forma convencional a la acción social a los seres humanos. La cultura para Díaz de Rada (7), es el conjunto de reglas con cuyo uso las personas dan forma a su acción social; la diversidad cultural no se reduce a diversidad lingüística, la cultura es una propiedad de cualquier forma de acción social (y no de una clase particular de ellas), la cultura no es tampoco propiedad distintiva de un individuo ni de un grupo de ellos.

Dentro de este panorama el estudio de la mujer a partir de la antropología tiene una historia muy reciente, pues se ha comenzado a hacer investigación sobre ello desde hace tan sólo tres décadas, gracias a la lucha del movimiento feminista y a los espacios ganados en el ámbito político y académico desde los años 60. Hay numerosas incógnitas en la corta historia de los estudios sobre la mujer y todavía mucho trabajo por realizar. La causa principal parte de un hecho determinante: la antropología ha sido siempre masculina.

Hasta mediados del siglo XX la posición social de la mujer, impregnaba la pareja, considerándola como menor de edad. La dependencia económica de la mujer, que no trabajaba, hacía muy costoso socialmente plantearse la separación y en algunos casos imposible. La influencia social era un compromiso muy potente. Tras la segunda guerra mundial se produjo el fenómeno de la entrada masiva de las mujeres en el mundo laboral y el necesario desarrollo de centros de cuidados para niños, posteriormente, en la posguerra se dio un movimiento de regreso de las mujeres al hogar. Esto estuvo asociado al nacimiento de suburbios y a la consolidación de la familia nuclear. La autoridad del estado se impone por encima de la autoridad del padre e interviene de manera que empieza a restringir la función maternal, politizándola. Los movimientos demográficos hacen nacer las *políticas natalistas* que definen a la maternidad como deber patriótico y lanzan medidas para impulsar a las mujeres a parir, al mismo tiempo que algunas medidas represivas condenan la anticoncepción y el aborto. (8).

La Enfermería, como disciplina especializada en el campo de los cuidados, asume una gran responsabilidad en el fomento, protección y promoción del vínculo tanto maternal como paternal. Su intervención en

esta área de la salud humana tiene por objetivo la atención integral de la persona para conseguir una buena adaptación al cambio que se producirá con la llegada de un nuevo ser. Las intervenciones de Enfermería se justifica si se tiene presente la necesidad de cuidados para el fomento de la salud de la pareja y su interrelación. La importancia aumentar la implicación paterna durante la gestación, parto y puerperio exige programas de educación e intervención comunitaria con una participación directa y activa de la enfermería.

Cuando se enfrenta una pareja al proceso reproductivo (gestación) debe existir un proceso de aceptación y adaptación a él, y un disfrute de la pareja para con el feto, en la medida de las posibilidades y deseos. Hasta hace poco, los gine-obstetras guardaban silencio acerca de temas sexuales y la pareja se sentía intimidada para abordar el tema con el médico, inclusive entre ellos mismos. (4). Mucho más para abordar temas respecto al vínculo y todo lo que le rodea.

● OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer las diferentes formas de vivir la relación materna- filial y paterno- filial en relación con su transformación, desde el punto de vista biopsicosocial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los significados de maternidad y paternidad, así como sus formas de expresión dentro del entorno sociocultural.
- Explicar la transformación del rol maternal y las consecuencias fundamentales del mismo en el ámbito familiar.
- Identificar aquellos aspectos que influyen en la modificación del rol materno y paterno.
- Analizar la vivencia de la maternidad y paternidad en la actualidad y los factores que influyen en la misma.

● MATERIAL Y MÉTODO

La metodología utilizada en esta investigación es la cualitativa asociada tradicionalmente a los estudios antropológicos considerándolo como un acontecimiento cultural, no sólo biológico, y desde el relato de la experiencia de las propias actrices y actores. Marc Augé (citado por Kilani 1992: 34), refiere que el objeto de investigación

de la antropología son “unidades sociales de amplitud reducida a partir de las cuales intenta elaborar un análisis de alcance más general, aprehendiendo desde un cierto punto de vista la totalidad de la sociedad donde estas unidades se insertan”. Creo como investigadora que el método etnográfico, proporciona apoyo al estudio del comportamiento humano, en este caso al grupo social de mujeres tanto gestantes como púerperas, así como a sus parejas, ya que presta una especial atención al descubrimiento de los acontecimientos en la vida diaria que se desarrolla en los diferentes contextos sociales, tanto urbano como rural. Asimismo, el concepto de “estilo de vida” resulta estratégico para el análisis sociocultural que se propone. El concepto de estilo de vida es holístico, coherente con la práctica etnográfica y con modelos de análisis derivados de ella, basado en elaboraciones sociológicas y antropológicas que, según recuerdan Coreil et al. (9), provienen del marxismo, el comprensivismo weberiano, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico estadounidense. Como instrumento metodológico, el concepto de estilo de vida permite enmarcar y comprender tipos de conductas basadas en los valores y actitudes definidos en dicho estilo, conductas que pueden ser reproducidas en el comportamiento cotidiano, pues se basan en los saberes del grupo (10).

- **Recogida de información:** La recogida de datos se llevó a cabo entre mayo del 2009 y diciembre de 2010. El día 10 de junio de 2009 se produjo la entrada oficial en el campo.
- **Herramientas de trabajo de campo:** Se elaboró inicialmente herramientas clásicas del trabajo de campo etnográfico, como la guía de categorías de análisis y el diario y cuaderno de campo.
- **Lugares:** Área nº 1 de Toledo: centro de salud zona urbana, así como centro de salud de zona rural.
- **Grupos sociales a los que prestó atención:** mujeres gestantes, púerperas y parejas de éstas.
- **Situaciones en las que se realizó observaciones:** aprovechando la situación como profesional sanitario y en algún caso como matronas, se realizó observaciones en diferentes situaciones:

a) observación del contexto general durante la estancia en los centros de salud, como circulación de personas por los pasillos; presencia de carteles, observación de personas que realizan la espera en las zonas habilitadas para tal fin.

b) monitorización individual tanto de las gestantes que acuden a las charlas de educación maternal así como a púerperas que asisten a talleres de apoyo, y a las parejas de estas mujeres.

c) monitorización de las profesionales que realizaron la educación para la salud tanto a las mujeres gestantes como púerperas y parejas.

● RESULTADOS

Se evidencia la importancia de la vivencia de la mujer tanto durante la gestación como en el parto: respecto al vínculo materno-recién nacido, la matrona da mucha importancia, iniciándolo precozmente durante la gestación, poniendo énfasis en lo importante que es esta vivencia. Vivencia que será crucial en el momento del parto, donde los sentimientos de la mujer y su pareja están a flor de piel, produciéndose el primer contacto con el hijo tan esperado durante nueve meses, ese contacto íntimo único y maravilloso. Una mujer gestante comparte su experiencia con el grupo de mujeres comentando:

“(…) yo por la experiencia que viví con mi primer hijo puedo decir que ese momento, cuando me lo pusieron en la tripa recién nacido... no se puede olvidar..., puedo afirmar que ha sido uno de los mejores momentos de mi vida, me pareció algo precioso... espero volver a vivirlo cuando de a luz a mi segundo hijo...”

Los profesionales de la salud, implicados en el cuidado y atención de la mujer en su proceso de parto, deberían tener en cuenta la opinión de la gestante y respetar el deseo de cada mujer respecto a la forma de parir cuando llega a un paritorio. Considerando sus decisiones, asumiendo el papel como ayudantes de las mujeres, aceptando que están ahí para acompañarlas en uno de los momentos más decisivos de su vida, que será único, considerando su opinión y explicándola los procedimientos que se están utilizando y realizando, todo con palabras entendibles para cada mujer en particular.

Durante el paso por el hospital, la atención por parte de los profesionales es en general dirigida a la mujer gestante y a su recién nacido, quedando el hombre en un segundo plano, tanto en asistencia al mismo, como en cuanto a la visión del padre por parte de los profesionales. Hay que fomentar el vínculo materno filial así

como el vínculo paterno filial, no hay que olvidar que el padre como miembro de esa familia tiene su puesto y debe ser reconocido como tal. Durante la dilatación y parto, parece que el hombre queda relegado y poco considerado por parte de la matrona de atención especializada. Un padre interviene en zona urbana durante el desarrollo de una sesión de educación maternal:
“...me encuentro muy motivado con mi mujer,...me encanta llegar a casa y poder tocarla la barriga, sentir que da pataditas...es algo extraño, no se como me lo tomaré cuando le vea... (...)...me agrada mucho tras esto acariciar a mi mujer, sentirla, besarla, me encuentro íntimamente ligado a ella...”.

Comentario de una mujer púérpera de zona urbana:
“...no sabes como nos sentimos, no se puede explicar con palabras...todo fue bien, pero cuando me pusieron a mi niña en la tripa y nos abrazamos los tres...no tengo palabras, lloramos como dos niños...si, lloramos mucho, no lo pudimos evitar...fue un momento inolvidable...”.

Un padre dentro de un taller de educación maternal expresa la experiencia vivida con su mujer durante el nacimiento de su primer hijo:

“...es que vas de tonto... no sabes que hacer, donde ponerte..., a veces diría que estorbo..., llegué incluso a ponerme nervioso y tuve que salirme de la habitación en alguna ocasión..., luego en el paritorio... no se que decir... ocurrió todo tan deprisa, que creo que no fui consciente hasta que noté como me caían las lágrimas por mi rostro... (...) nadie me preguntó nada de nada...yo solo estaba allí...”.

Desde hace realmente pocos años, el padre de la criatura puede pasar a la zona de paritorio donde tiene lugar el expulsivo (momento en el que el recién nacido llega al mundo), siempre y cuando el parto se desarrolle de manera eutócica (normal). Cuando es necesario realizar a la mujer un parto instrumental para ayudar a la salida del recién nacido, el padre no acompaña a la mujer en este momento crucial, pero si lo hace a posteriori. Mientras, queda relegado en la habitación que ocupaba su mujer hasta que es avisado del nacimiento de su hijo.

Dentro de la atención primaria de salud, los padres tienen su espacio, sus propias vivencias y su participación dentro de la atención a la mujer tanto en consulta de la

matrona como en los talleres de educación maternal.

En el desarrollo de una de las charlas dentro del centro de salud urbano un hombre que acompaña a su pareja comenta:

“...el amor del padre es tan complejo e importante como el de la madre. Yo creo que actualmente...el padre puede ser tan maternal, sensible, protector, y estimulador de las necesidades de nuestros hijos como la madre, como nuestras mujeres...”.

Una mujer presente en dicho taller expone:

“...a mi me gustó muchísimo que me pusieran a mi bebé recién nacido encima de mi pecho, ambos estábamos desnudos...y cuando nos pudimos abrazar los tres...la sensación que viví es inexplicable, única, ese momento lo recuerdo tan dulce...”

Comentario de un hombre que expresa lo que siente acerca de la gestación de su mujer, en el desarrollo de un taller de educación maternal en zona urbana:

“...pues yo me siento muy implicado con mi mujer en esto de la gestación y tengo muchas ganas de ver a mi hijo...aunque también tengo miedo...temor... ¿actuaré bien?...realmente asumiré mi papel de padre como creo que debo de asumirlo...no se, a veces pienso esto y...se me ponen los pelos de punta...”.

Uno de los hombres presentes en la charla expresa abiertamente sus creencias sobre el tema en cuestión:

“...pero ¿que pasa...? pues que son los estereotipos y los conceptos erróneos sobre la palabra padres, tan encarnados en nuestra cultura...que nos ha llevado un tiempo...tiempo excesivamente prolongado reparar en estos simples hechos... de la vida...”.

Un padre interviene durante la primera consulta programada puerperal en el centro de salud urbano, su experiencia dentro del hospital durante el ingreso en planta de maternidad:

“...Nos ingresaron en la segunda planta de maternidad, y tengo que agradecer la ayuda recibida por parte de todo el personal...(...) ...como me enseñaron a bañarla, ... a cogerla...se te quita el miedo...(...)...lo malo son las noches..., no puedes llamar mucho...parece que molestas...aunque también depende de quien esté...la segunda noche no tuvo que ver nada con la primera...esa noche

no importaba el timbre y...se notó ¡claro que se notó!...”.

La visión del recién nacido desencadena en el nuevo padre el mismo repertorio de conductas amorosas que suscita en la madre. Arrulla, mira a su hijo y habla con él con la misma frecuencia y ganas, es cierto que los hombres tardan un poco más en entusiasmarse con sus hijos, esto se debe sin duda porque no están tan biológicamente o culturalmente preparados como lo están las mujeres, sin embargo esta diferencia suele desaparecer cuando las horas de visita dentro de las plantas de obstetricia en atención especializada y tras el parto, se ajustan más a los horarios que tienen los padres. Pues esto hace que besen, abracen, acunen, acaricien y sostengan en brazos a sus recién nacidos tanto como las mismas mujeres. Al respecto Luz, matrona urbana comenta:

[MU1, Luz, matrona urbana]: “...es muy importante involucrar a la pareja durante la gestación, se nota el padre que está totalmente implicado en el embarazo y también el que no lo está, por eso cuando trato la charla de parto me gusta hablar del vínculo y la necesidad que hay de fomentar este incluso antes de que se de el parto... ellos solos en casa cuando estén tranquilos...y yo creo que esto está calando, cada vez más ...aunque algo despacio aún...pero cada vez veo más participación y ganas de participar ... que eso ya es importante...”.

El poder potenciar al hombre hablar con el feto a través del vientre materno de manera, suave y clara, cantarle, leerle cuentos, decirle que se le ama y ponerle música suave. La música favorece el bienestar físico y mental del feto y del recién nacido que la escucha. Mientras se estimula auditivamente al bebé se le puede acariciar dando suaves masajes en el vientre materno. Estas caricias pueden ser suaves toquecitos con las manos. Esto potencia la implicación paterna en el proceso de gestación y en su figura como futuro padre. Lo que un hombre siente hacia su mujer y hacia su hijo no nacido es uno de los factores más importantes para determinar el éxito de un embarazo.

● CONCLUSIÓN

En charlas de educación maternal el compromiso de los hombres hacia sus mujeres en el proceso de gestación actualmente se ha podido observar que es evidente. Esta vivencia es muy valorada dentro de la zona urbana; cabe destacar que los hombres de zona rural, no

suelen acompañar a sus parejas a las charlas, por lo tanto la implicación observada en ellos se trasluce en menor medida.

Este vínculo se potencia en mayor medida, por el acompañamiento en el momento del parto a la mujer; esta compañía, recae generalmente en la figura del padre, observando como se refuerzan de este modo los sentimientos de la pareja (ya sea urbana o rural), apreciando un mejor entendimiento entre ambos.

El grado de motivación del padre se potencia una vez se produce el proceso de unión tanto con su mujer como con el recién nacido. Por parte del profesional sanitario se continúa fomentando dicho vínculo, ya que durante el ingreso hospitalario en la planta de maternidad, se intenta que existan horas donde el padre pueda actuar con su bebé, sintiéndose implicado en dichas tareas desde el inicio de las mismas. Este reforzamiento positivo que recibe el padre por parte de los profesionales, se refuerza en el centro de salud por parte del equipo multidisciplinar, pues tanto el pediatra, como la enfermera de pediatría y la matrona, valoran esta función del padre como primordial, pudiendo objetivar esta situación durante la estancia en los centros, más acentuada dentro de zona urbana, debido a la asistencia mayoritaria de la figura del varón.

● BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-González Labrador, I. El proceso reproductivo. Algunas consideraciones sobre el maternaje. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2001; 17(5), 479-482.
- 2.-Palomar C. Género y maternidad. Revista de la Universidad de Guadalajara, nº 3. Guadalajara, 1996.
- 3.- Romeu A, Mujer, cultura y salud: el deseo del hijo los temores del embarazo. Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública, 2005.
- 4.- González Labrador, I. y Miyar Pielga E. *Sexualidad femenina durante la gestación*. Revista cubana de Medicina General Integral; 2001. 17 (5), 497-501.
- 5.- Fernández Rius, L. *Género y ciencia: ¿paridad es equidad?* .Ciencia, Pensamiento y Cultura .ARBOR; 2008 (9-10), 817-826.
- 6.-Raymond Williams *Human Communication and Its History*. Editor. London: Thames and Hudson;1981
- 7.- Díaz de Rada A. *Cultura, antropología y otras tonterías*. Trotta, Madrid; 2010
- 8.- Flandrin J.L. *La moral sexual en occidente*. Colección plural historia. (1981).

- 9.-Coreil, J et al *Life-style, an emergent concept in the sociomedical sciences*". Culture Medicine and Psychiatry, (1985). nº 9: 243-337.
- 10.-Cornier D. *Toxicomanies: Stiles de vie*. Gaëtan Morin: Québec. (1984).

ANEXOS

1) Ubicación y población de los centros de salud de estudio.



2) Carta tipo generada solicitando permiso para entrada al campo: Gerente Atención Primaria, Director de Enfermería de Atención Primaria y Matrona de Centro de Salud.

A/A D.

ASUNTO: SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO PARA PUESTA EN MARCHA Y POSTERIOR DESARROLLO DE ESTUDIO INVESTIGACION CUALITATIVA .

Con el fin de poder desarrollar estudio cualitativo solicitamos tener acceso a la Zona Básica de Salud nº 1 de Toledo y concretamente en los Centros de Buenavista así como de Villaluenga, en la consulta de Matrona, en los grupos de mujeres gestantes que acuden a las charlas de Educación Maternal que se lleva a cabo por parte de las profesionales (Matronas) en dichos centros, con el objetivo de conocer las percepciones de gestantes, parejas y profesionales en relación a las vivencias de la sexualidad durante la gestación con dicha población de estudio.

Esperando contestación por su parte, reciba un cordial saludo:

Fdo: investigador principal.

Sagrario Gómez Cantarino.

3) Consentimiento informado

Carta informativa a la mujer gestante y consentimiento informado:

Como matrona, en nuestras prácticas clínicas en Atención primaria, hemos percibido que no se trata el tema de la sexualidad durante el embarazo de forma natural.

Notamos, que las gestantes no expresan sus dudas, la mayoría de las veces por temor, pudor o porque simplemente piensan que el estar embarazadas es una etapa donde las relaciones sexuales pasan a un plano muy secundario.

Otras veces también por parte de los profesionales, que no nos brindamos a que las mujeres expresen abiertamente sus vivencias acerca de la sexualidad en esta etapa de la vida.

Por todo ello, solicitamos su colaboración, para participar en un estudio que se va a desarrollar en los próximos meses en tu centro de salud.

Este estudio es confidencial y anónimo, preservando ante todo la intimidad de la mujer como de la pareja y no comportando ningún riesgo para ella.

Si desea participar en el estudio debe firmar este consentimiento y si tiene alguna duda puede consultarla antes de firmar.

Gracias por su colaboración.

4) Fuente: INE cifras oficiales de población resultante de la revisión del padrón municipal a 1 de enero de 2009. Población por provincia y sexo. (<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>)

| Población de Castilla- La Mancha por sexo. Toledo. Año 2009 | |
|---|---------|
| Varones | 350.578 |
| Mujeres | 339.057 |
| Total | 689.635 |

5) Datos del [INE](http://es.wikipedia.org/wiki/Toledo#Demograf.C3.ADa): número de habitantes desde 2001 hasta 2010 (<http://es.wikipedia.org/wiki/Toledo#Demograf.C3.ADa>)

| EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
| 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | |
| 69.450 | 70.893 | 72.549 | 73.485 | 75.533 | 77.601 | 78.618 | 80.810 | 82.291 | 82.489 | |

6) Valoración e informe de la Comisión de Investigación del CHT

COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD
 Avda. Barrio, s/n. 45004. Toledo. Teléfono 913 209200

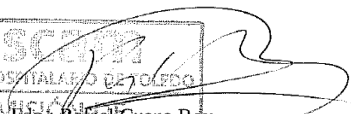


INFORME DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL “COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO”

La Comisión de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario de Toledo ha evaluado el Proyecto de Investigación titulado: “**LA EXPRESION DE LA SEXUALIDAD EN LA MUJER GESTANTE EN SU 2º TRIMESTRE DE GESTACION**”. Inv. principal. **Dña. Sagrario Gómez Cantarino**. D.U.E., Jefe de Estudios de la U. Docente de Matronas.

La Comisión considera que el proyecto es de interés y viable, y que el equipo investigador está cualificado.

Toledo, 2 de julio de 2009.


Rafael Cuena Boy
 PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN
 DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

7) Valoración e informe del Comité de Ética del CHT

COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD
Avda. Barber, 30. 45004. Toledo. Teléfono 925 269200

sescam



| | |
|-----------------|----------|
| C.E.I.C. SALIDA | |
| FECHA: | 29/06/09 |
| N.º | 49 |

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

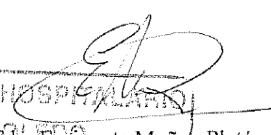
Doña Enriqueta Muñoz Platón, Secretaria del Comité Ético de Investigación clínica del "Complejo Hospitalario de Toledo".

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado el Proyecto de Investigación titulado: "LA EXPRESION DE LA SEXUALIDAD EN LA MUJER GESTANTE EN SU 2º TRIMESTRE DE GESTACION ". Inv. principal. Dña. **Sagrario Gómez Cantarino**. D.U.E., Jefe de Estudios de la U. Docente de Matronas, y considera que:

El CEIC aprueba este estudio.

Lo que firmo en Toledo, a 24 de junio de 2009.


COMPLEJO HOSPITALARIO
DE TOLEDO
Pdo: Enriqueta Muñoz Platón
COMITE ETICO DE
INVESTIGACION CLINICA