



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE LA SANTÍSIMA CONCEPCIÓN
FAC. COMUNICACIÓN, HISTORIA Y CS. SOCIALES
CARRERA DE PERIODISMO**

**REPRESENTACIÓN DISCURSIVA DE LA NO MATERNIDAD
CONFIGURADA POR ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE OBSTETRICIA
Y PUERICULTURA: EL CASO DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN Y
LA UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN (2023)**

Tesis para optar al grado académico de Licenciado en
Comunicación Social y al título profesional de Periodista

**Alumna
Cynthia Fonseca Aranda**

**Profesora Guía
Alicia Rey Arriagada**

Concepción, noviembre 2023

Índice

Introducción	1
Capítulo I: Presentación del problema.....	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Justificación y delimitación del problema.....	7
1.3 Preguntas de investigación.....	9
1.3.1 Pregunta de investigación objetivo general	9
1.3.2 Preguntas de investigación objetivos específicos.....	9
1.4 Objetivos	9
1.4.1 Objetivo general.....	9
1.4.2 Objetivos específicos	10
1.5 Supuesto de investigación	10
Capítulo II: Marco teórico.....	11
2.1 Representaciones	11
2.1.1 Representaciones sociales	11
2.1.2 El discurso y las representaciones discursivas.....	13
2.1.3 Representaciones de género.....	15
2.2 Maternidades	17
2.2.1 Maternidad.....	17
2.2.2 Otros caminos para la maternidad.....	19
2.3 De parteras a matronas: desde el autocuidado entre mujeres hasta la formación profesional	22
2.3.1 Partera o Comadrona.....	22
2.3.2 Obstetricia y Puericultura.....	23
2.3.3 Aborto.....	26
2.3.4 Tasa de mortalidad materna y fecundidad en Chile	29
2.4 Derechos sexuales y reproductivos	31
2.4.1 Perspectiva de género en la salud chilena	33
Capítulo III: Explicaciones metodológicas	36
3.1 Diseño de la investigación	36
3.2 Métodos y técnicas	37
3.2.1 Métodos y técnicas de recolección de información.....	37
3.2.2. Métodos y técnicas de análisis	38
3.3 Universo.....	41
3.4 Población	43
3.5 Sistema muestral y muestra	43
Capítulo IV: Resultados	45
4.1 Aplicación de la metodología	45
4.2 Resultados.....	45

Tabla 6: Categoría N°1: Resultados obtenidos en relación a los estereotipos de género presentes en la construcción discursiva referida a la no maternidad en estudiantes de la Universidad de Concepción	46
Tabla 7: Categoría N°2: Resultados obtenidos en relación a Influencia de los factores éticos, valóricos y educacionales en la representación discursiva de la no maternidad en estudiantes de la Universidad de Concepción	51
Tabla 8: Categoría N°1: Resultados obtenidos en relación a los estereotipos de género presentes en la construcción discursiva referida a la no maternidad en estudiantes de la Universidad San Sebastián.....	56
Tabla 9: Categoría N°2: Resultados obtenidos en relación a Influencia de los factores éticos, valóricos y educacionales en la representación discursiva de la no maternidad en los estudiantes de la Universidad San Sebastián.....	62
Capítulo V: Conclusiones.....	69
Referencias Bibliográficas	82
Anexos	92
Entrevistas realizadas a estudiantes de Obstetricia y Puericultura pertenecientes a la Universidad de Concepción	92
Entrevistas realizadas a estudiantes de Obstetricia y Puericultura pertenecientes a la Universidad San Sebastián.....	123

Introducción

La mujer durante toda la historia ha estado asociada a sus capacidades reproductivas, gestantes, así como también a los roles maternos. Una de las principales razones, según Gerda Lerner (1986), es porque están insertas en un sistema patriarcal, que mantiene a las mujeres en un estatus inferior, y en cambio, a los hombres les entrega poder de las instituciones importantes de la sociedad.

Dicha subordinación histórica, como se mencionó anteriormente, proviene de la diferencia biológica que poseen las mujeres: su capacidad reproductiva de ser madres, junto con estereotipos que han sido instaurados en la sociedad y que han centrado la maternidad en la finalidad principal de la vida de las mujeres, convirtiéndose en un control social para ellas.

Son múltiples los factores que han colaborado en la construcción de la maternidad como un mandato social para las mujeres. Entre ellos, se encuentran las condiciones históricas y culturales, además de los factores económicos, políticos y religiosos. Por lo que, a pesar de que se trata de un asunto biológico, los modelos instaurados en una sociedad patriarcal le quitan autonomía a las mujeres, en relación a decidir sobre sus cuerpos.

Sin embargo, los cuestionamientos al sistema de creencias instaurado, permitieron que la maternidad fuera comprendida como una decisión propia de cada mujer y no como una imposición a raíz de creencias sociales o familiares, permitiendo a las mujeres desligarse de ciertos roles impuestos, pues, de acuerdo con Badinter (1981) la obligatoriedad de ser madre en base al instinto maternal no existe, sino que existe la posibilidad de decidir ser madre, la cual varía según el contexto histórico.

Es por esto que, debido a los cambios históricos y conceptuales asociados a la maternidad, nació el movimiento “NoMo” o en español “No Mamá”, el cual plantea que las decisiones de cada mujer en relación a la maternidad, están por sobre el tema biológico ligado a la fertilidad. En tal contexto, se plantea la “no maternidad” como un concepto que hace referencia a las mujeres que en edad reproductiva no tienen hijos por elección, entendiendo toda la carga ideológica que hay detrás.

Lo anterior, usualmente también viene con una carga de representaciones discursivas que plantean que las mujeres que deciden no ser madres, a pesar de sus capacidades fértiles, están perdiendo el mayor amor de sus vidas y que se arrepentirán o que se quedarán solas de por vida.

La situación anterior, resulta de interés desde las representaciones discursivas de estudiantes de Obstetricia y Puericultura, pues además de ser la segunda carrera de pregrado con mayor tasa de retención en el país (93,2%) según el informe 2020 del Servicio de Información de Educación Superior (SIES), del Ministerio de Educación, la carrera de Obstetricia y Puericultura tiene una particularidad. Esta carrera es la única que atiende a mujeres y en su gran mayoría a mujeres gestantes, por lo que inmediatamente se instala en las temáticas de género y, al mismo tiempo, en las problemáticas que pueden presentarse respecto a la no maternidad. Si bien, esta carrera siempre se relaciona con lo maternal y reproductivo, resulta interesante identificar cómo la no maternidad se puede reflejar en sus diferentes representaciones.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, esta investigación demuestra la importancia de conocer cómo los estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Concepción y de la Universidad San Sebastián, respectivamente, abordan la representación discursiva de la no maternidad, en base a los factores éticos, valóricos y educacionales, entregados por la institución académica a la que pertenecen.

En el primer capítulo de la investigación, se explican los motivos que justifican la necesidad de investigar este tema, además de justificar el objeto de estudio e indicar cuáles son las preguntas y objetivos que guiaron la investigación.

En el segundo capítulo, se presenta el marco teórico, donde se recopilaron conceptos e información necesaria para realizar la investigación y que permiten comprenderla. En él se abordan temáticas como las representaciones discursivas, maternidades, Obstetricia y Puericultura y la perspectiva de género en la salud reproductiva en Chile.

El tercer capítulo, detalla las explicaciones metodológicas que explican cómo se llevó a cabo la investigación y el método y recolección de información escogido, que en este caso fue la aplicación de entrevistas semiestructuradas.

En el cuarto capítulo, se dan a conocer los resultados obtenidos tras el proceso de análisis de la información, mientras que en el capítulo quinto, se evidencian las conclusiones de la investigación y se da respuesta a las preguntas de investigación iniciales.

Capítulo I: Presentación del problema

1.1 Planteamiento del problema

La presente investigación realizará un análisis acerca de la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián, respectivamente, con el fin de evidenciar tendencias en las representaciones emergentes.

El estudio de las representaciones sociales ha sido temática de análisis en distintas áreas del conocimiento. Con el fin de identificar cómo los seres humanos interpretan la realidad, hechos u objetos sociales relevantes según distintos factores como, por ejemplo, la cultura o ideología. Instaurando categorías que sirven para clasificar circunstancias, fenómenos y a los individuos (Jodelet, 1986). Tal como se mencionó, la autora plantea que la construcción de representaciones sociales nace debido al “conocimiento socialmente elaborado y compartido, constituido a partir de nuestras experiencias y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social” (1986, p.9).

Una de las vías para analizar dichas representaciones es a través de la comunicación y específicamente en el lenguaje y el discurso. Para Berger y Luckmann (2003), el lenguaje es el sistema más importante en la sociedad humana. En el que se puede verbalizar, darle significados -lingüísticos o no- al mundo y compartir experiencias que pueden permanecer a través de tiempo para transmitir las a generaciones futuras.

Esta investigación se inscribe en los estudios de género con la finalidad de analizar la representación discursiva de la no maternidad, pues durante siglos, ésta ha tenido varias representaciones sociales. La mayoría de ellas, impuestas y representadas social y discursivamente a través del lenguaje, refiriéndose a la maternidad como el objetivo principal en las vidas de las mujeres, mientras que el disfrute de su sexualidad con fines no maternales se ve representado como un tabú e incluso un motivo de control social valórico para ellas. Producto de lo anterior, se invalida a aquellas mujeres que deciden optar por la no maternidad, debido a que no están completas hasta que se conviertan en madres (Molina, 2006).

En relación a la construcción del concepto de maternidad, éste ha cambiado durante el tiempo, según el periodo histórico y las circunstancias culturales, sociales, políticas e ideológicas. En la edad antigua, la maternidad era la actividad fundamental de las mujeres, quienes debían enfocarse en garantizar la descendencia de la familia. Luego, en la edad media, según Beauvoir (1949), además de otorgarles toda la responsabilidad de crianza, debían cumplir con el rol de la “esposa ideal”, atendiendo todos los deseos del hombre, siendo esta una característica de la sociedad patriarcal.

Además, el ser madres resultaba ser el hecho por el que las mujeres eran valoradas, es decir, la maternidad se convirtió en lo que le otorgaba importancia a la mujer, de manera que la esterilidad era considerada un punto de deshonra y motivo por el que un hombre se podía divorciar. Asimismo, desde los valores de la iglesia, las prácticas sexuales solo debían ser con fines de procreación, anulando el disfrute de la sexualidad de las mujeres, ligándola sólo a características y actitudes correspondientes al cuidado y amor maternal instaurándolo así como un control valórico (Beauvoir, 1949).

Luego, el movimiento feminista sustentado a partir de los enfoques de género de Simone de Beauvoir relacionados a la maternidad en 1949, dio la oportunidad de que existieran otras elecciones. En relación al tema de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, debido a los movimientos feministas, años más tarde, en la década del 60, que sucedió la revolución anticonceptiva. Así, la píldora anticonceptiva les dio a las mujeres el control de su vida sexual y a partir de eso, la posibilidad de decidir ser madres o no (Barrantes y Cubero, 2014).

Sin embargo, tal como lo menciona Inmaculada Alcalá García (2015), la opción de que las mujeres decidieran no ser madres no fue incorporada culturalmente y seguimos en una sociedad en la que se incentiva y dirige a las mujeres por el camino de la maternidad como una forma de autovalidación y significación de feminidad, convirtiendo a la maternidad como un objetivo esencial que éstas deberían tener en sus vidas, en vez de ser una opción libre y responsable de acuerdo con cada mujer.

Así, junto a la llegada píldora anticonceptiva, la salud sexual y reproductiva de las mujeres tomó relevancia, por lo que los profesionales de esta área de la salud se convirtieron en agentes claves para el respeto de la autonomía de las mujeres, respecto a su cuerpo y a sus decisiones relacionadas al ámbito de la salud reproductiva: embarazo, parto y post parto.

Para comprender la incidencia de esta profesión, también se deben estudiar las tasas de natalidad en el país. De acuerdo con los datos entregados en el Anuario de Estadísticas Vitales realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en 2019 existió una disminución de 5,21% respecto a 2018 en los nacimientos registrados. Lo anterior se traduce en que Chile tuvo un total de 210.188 personas nacidas vivas en 2019. A su vez, entre las regiones donde se concentran un poco más del 60% de los nacimientos del país, figura la región Metropolitana, región de Valparaíso y región del Biobío.

Si bien la carrera de Obstetricia y Puericultura tiende a relacionarse más con la maternidad que con la no maternidad, estos profesionales de la salud tienen la particularidad que solo atienden a mujeres y en su mayoría a gestantes. Lo anterior establece inmediatamente una relación con las temáticas de género y al mismo tiempo, las problemáticas que pueden presentarse. Según Durán y Duarte (2019), durante el ejercicio de dicha profesión, también existe una relación de control e incluso vulneración de los derechos de las mujeres al negar información de procesos médicos, comentarios denigrantes sobre sus cuerpos o sus genitales, juzgarlas por sus prácticas sexuales, realizar prácticas inapropiadas, o el simple hecho de no estar de acuerdo con que sus pacientes no quieran ser madres, entre otras

De acuerdo con Durán y Duarte (2019), la violencia hacia las mujeres en el ámbito sanitario se relaciona con “la instauración y reproducción de modelos hegemónicos en salud que infantilizan, estigmatizan y desautorizan a las mujeres y sus saberes ancestro-tradicionales, estableciendo en el contexto clínico relaciones de poder asimétricas” (p.103). Evidentemente, las principales situaciones de discriminación y vulneración de derechos hacia las mujeres ocurren en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, quizás la razón de esta violencia se relaciona con la formación ética y valórica que reciben los estudiantes de Obstetricia y Puericultura, así como también la perspectiva de género en sus mallas curriculares.

Según una encuesta realizada en 2020, por Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica -organismo chileno no gubernamental-, aplicada a más de 4.550 mujeres, el 67% de ellas reconocía haber sufrido violencia obstétrica durante el embarazo, el parto, el post-parto, en consultas regulares y/o al momento de consultar por una esterilización. Se trata de cifras preocupantes, considerando que en 2019 la tasa de natalidad en nuestro país de madres extranjeras -principalmente haitianas-, ocupa un porcentaje importante (16,2%), lo que conlleva a que las posibilidades de vulnerabilidad en el ámbito de derechos sexuales y

reproductivos sea mayor por no manejar el español y muchas veces estar indocumentada en el país.

A pesar de todas las situaciones mencionadas, en Chile no existe ninguna ley que regule que los partos sean respetados, ampare los casos de violencia obstétrica o esté orientada específicamente a proteger los derechos de las mujeres en relación con sus derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, en 2018, las senadoras de ese instante; Carolina Goic (Partido Demócrata Cristiano), Isabel Allende (Partido Socialista), Carmen Gloria Aravena (Independiente), Yasna Provoste (Partido Demócrata Cristiano) y Marcela Sabat (Renovación Nacional), presentaron un proyecto de ley titulado “Ley Adriana”, que buscaba establecer los derechos de las mujeres en el ámbito de la gestación, aborto, salud ginecológica y sexual y, por supuesto, regular la violencia obstétrica. Actualmente, el proyecto de ley está siendo estudiado por la Comisión de Salud del Senado¹.

En definitiva, las situaciones que vulneran y violentan los derechos sexuales y reproductivos tienen relación con la formación universitaria, y específicamente, el enfoque de género que recibieron los profesionales en sus universidades antes de ejercer sus labores. Tasa-Vinyals (2015), plantea que la inexistencia de la perspectiva de género favorece a los estereotipos y a la perpetuación de creencias y actitudes machistas por parte del personal de la salud. Por lo que es un factor importante y esencial cuando se habla de la transgresión de los derechos sexuales y reproductivos, pues no solo afectan a nivel sanitario, sino que también abarcan distintas dimensiones sociales, culturales, familiares, productivas, etc.

1.2 Justificación y delimitación del problema

En la región del Biobío, Obstetricia y Puericultura se imparte en 3 universidades², sin embargo, para efectos de esta investigación, solo se analizará la representación discursiva de la no maternidad en estudiantes que pertenezcan a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián. Lo anterior, a raíz de que la Universidad de Concepción se caracteriza por ser una universidad laica, privada con financiamiento compartido y sin fines de

¹ Información obtenida desde el sitio web del Senado, Boletín nº12148-11 http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=12148-11. Revisado el 28 de noviembre de 2023

² Universidad de Concepción, Universidad San Sebastián y Universidad Andrés Bello.

lucro, en cambio la Universidad San Sebastián es una institución apegada a los valores del humanismo cristiano y privada con financiamiento compartido. Por lo tanto, resulta interesante analizar cómo la formación desde el ámbito valórico, ético y educacional entregada por ambas casas de estudio pueden influir en la representación discursiva de la no maternidad.

En relación a la relevancia de esta carrera, según el informe 2020 del Servicio de Información de Educación Superior (SIES), del Ministerio de Educación, en la retención de primer año en las carreras de Pregrado por cohortes entre 2011 y 2020, las dos carreras que figuran con mayor tasa de retención en todas las universidades del país son; Medicina (95,5%) y Obstetricia y Puericultura (93,2%). Además, en relación a las cifras de alumnos y alumnas que ingresaron a estudiar esta última carrera, figura un aumento de un 112%, pues en 2011 se registró una cifra de 1.054, la cual aumentó a 2.238 en 2021.

En adición a las cifras anteriores, a nivel nacional y dividido por sexo, existe un 93,7% de estudiantes mujeres y un 82,6% de estudiantes hombres en Obstetricia y Puericultura. A pesar de que se cree que es una carrera integrada mayoritariamente por mujeres. Pozzio (2014) señala que el hecho de que sea una profesión con más mujeres que hombres, no asegura una atención con perspectiva de género y que incluso mayoritariamente las mujeres realizan actitudes misóginas.

Las cifras mencionadas, sustentan la importancia de analizar la representación discursiva de la no maternidad, configurada por estudiantes de Obstetricia y Puericultura en dos universidades de la región de Biobío, considerando que, además de estar dentro de las dos primeras carreras con un gran porcentaje de estudiantes matriculados/as, esta profesión tiene relación directa con maternidad, no maternidad y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Asimismo, los factores éticos, valóricos y educacionales entregados por una universidad laica y una universidad con valores apegados al humanismo cristiano, pueden significar una diferencia a nivel de perspectiva de género, pues durante la atención médica, uno de los principales problemas que se presentan es la vulneración de los derechos de las mujeres, por profesionales que imponen sus valores o creencias sobre la salud de sus pacientes (Tasa-Vinyals, 2015).

Es por esto que analizar la representación discursiva de la no maternidad en un grupo de estudiantes pertenecientes a la carrera de Obstetricia y Puericultura, resulta importante para los estudios de género, pues permitirá evidenciar posibles tendencias en las representaciones emergentes.

1.3 Preguntas de investigación

1.3.1 Pregunta de investigación objetivo general

- ¿Cuál es la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián?

1.3.2 Preguntas de investigación objetivos específicos

- ¿Cuáles son los estereotipos de género presentes en la construcción discursiva referida a la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián?
- ¿Cómo los factores éticos, valóricos y educacionales influyen en la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y la Universidad San Sebastián?
- ¿Cuáles son las semejanzas y diferencias de los factores éticos, valóricos y educacionales que influyen en la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Analizar la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad

de Concepción y a la Universidad San Sebastián, con el fin de evidenciar tendencias en las representaciones emergentes.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar los estereotipos de género presentes en la construcción discursiva referida a la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián.
- Identificar los factores éticos, valóricos y educacionales que influyen en la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián.
- Comparar las semejanzas y diferencias de los factores éticos, valóricos y educacionales que influyen en la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián.

1.5 Supuesto de investigación

Al analizar la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a dos universidades de la región del Biobío, es posible identificar cómo los distintos factores éticos, valóricos y educacionales entregados por una universidad laica y por una universidad humanista cristiana, respectivamente, influyen en su visión sobre mujeres que deciden no ser madres. De este modo, se evidencia que el alumnado de una universidad laica aborda la no maternidad desde una perspectiva más integral y de género, en cambio, el alumnado de una universidad que se adhiere a los valores del humanismo cristiano, genera estereotipos de género tendientes a vulneraciones de derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de mujeres que optan por la no maternidad.

Capítulo II: Marco teórico

2.1 Representaciones

2.1.2 Representaciones sociales

Uno de los conceptos esenciales para el desarrollo de esta investigación es el referido a las representaciones sociales. Dicho concepto -nacido desde la psicología- es utilizado con la finalidad de comprender cómo los seres humanos interpretan la realidad, hechos o sujetos sociales relevantes según distintos factores como, por ejemplo, la cultura o ideología (Moscovici, 1969).

Es por esto que Moscovici (1969) plantea las representaciones sociales como:

Sistemas cognitivos que tienen una lógica y un lenguaje propios, y que no son simples 'opiniones sobre', o 'imágenes de' o 'actitudes hacia', sino 'teorías' sui generis, destinadas a descubrir la realidad y su ordenación. Sistema de valores, ideas y comportamientos con la doble función de establecer un orden que de a los individuos la posibilidad de orientarse y dominar su medio social y material, asegurar la comunicación del grupo, proporcionándole un código para sus intercambios y para nombrar y clasificar de manera unívoca los distintos aspectos del mundo. (p.35)

En otras palabras, las representaciones sociales son “el conocimiento de sentido común que tiene como objetivos comunicar, estar al día y sentirse dentro del ambiente social, y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social” (Mora, 2002, p.7). En ese sentido, las representaciones sociales, se configuran como pequeñas teorías que utilizan las personas sobre los hechos percibidos.

De esta forma, las representaciones sociales cumplen la función de darle interpretación a lo desconocido. Jodelet (1986) plantea que “a través de un marco de referencia que permite la clasificación y evaluación de los objetos, sujetos, relaciones, acontecimientos y situaciones a partir de categorías simples y operativas que facilitan la aprehensión de la realidad” (p.41). Lo anterior, bajo la relación entre individuo-sociedad, para reflexionar cómo los individuos y

los grupos sociales, construyen su conocimiento a partir de su inserción social, cultural, valórica, entre otras.

Asimismo, Jodelet (1986, como se citó en Perera, 2003) define las representaciones sociales como:

Imágenes condensadas de un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver...formas de conocimiento social que permiten interpretar la realidad cotidiana... un conocimiento práctico que forja las evidencias de nuestra realidad consensual. (p.10)

Jodelet (1986), plantea que las representaciones sociales, nacen a partir de nuestras experiencias, informaciones y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. Dicha definición es relevante para esta investigación, pues se desea analizar cómo los valores y/o la educación entregada por universidades, influye en la representación de la no maternidad.

Asimismo, según Abundiz (2007) las representaciones sociales transitan en los diferentes procesos comunicativos y de esta forma, se pueden reconocer estereotipos, creencias y normas sociales, con la finalidad de definir la identidad de un grupo.

Se debe comprender que dichas representaciones están basadas en preconcepciones de la realidad que cada persona tiene, según sus conocimientos previos e interacciones con otros individuos. Lo anterior, se expresa a través de imágenes y figuras llenas de significados que toman una actitud en relación con el objeto de la representación social. Así, las representaciones sociales al constituirse en estructuras de intercambio cultural “comparten como formas de conocimiento cotidiano el carácter social de su origen, el ser compartidas y difundidas en una colectividad y conformarse en una estructura específica con sus propios procesos internos” (Vidal, 2005, p.27).

2.1.3 El discurso y las representaciones discursivas

En el subtítulo anterior las representaciones sociales fueron definidas como una forma de comprender el mundo, sus fenómenos e individuos. Pero para efectos de esta investigación, es necesario ahondar en los tipos de representaciones que existen. Específicamente las representaciones discursivas, pues se busca analizar cómo es representada discursivamente la no maternidad a partir de un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura.

De acuerdo con van Dijk (1997), el discurso se entiende como una “forma de uso lingüístico y, de una forma más general, como un tipo de interacción social, condicionada por la cognición y socialmente contextualizada por los participantes, tomados como miembros sociales” (p.68). Además, establece que el discurso no tiene significados, sino que los usuarios le asignan uno, en el que las pertenencias culturales son decisivas en las elecciones por un grupo de personas para dichas construcciones, pues no están únicamente relacionadas con la lingüística sino que también por factores culturales.

Respecto del concepto “análisis del discurso”, Charaudeau y Maingueneau (2005) lo definen como: “estudio del discurso” y consideran que es una disciplina que “estudia el lenguaje en tanto actividad inserta en un contexto que produce unidades transracionales” (p.33). Bajo la misma perspectiva, Stubbs (1987, como se citó en Wu, 2021) afirma que “el análisis del discurso investiga la lengua tanto oral como escrita, las relaciones entre lengua y sociedad, y las propiedades interactivas de la comunicación diaria” (p.13).

Según lo planteado anteriormente, dicho análisis tiene como objetivo la comprensión de todas las prácticas discursivas en distintos ámbitos de la vida, tras una vinculación y posterior reflexión entre lo textual y social. Dicha vinculación, se produce debido a que el discurso es el instrumento a través del cual se expresan esas representaciones, y al mismo tiempo las constituye.

Asimismo, Fairclough (1998, como se citó en Del Patro, 2014) propone que el discurso es considerado como una práctica social, un modo de acción y una forma a través de la cual se actúa sobre el mundo. “Desde aquí es posible pensar que el lenguaje permite tanto sostener como cambiar las relaciones de poder existentes en la sociedad” (p.32).

Como se mencionó anteriormente, una de las formas que existen para analizar la representación discursiva es a través del lenguaje. Es por esto que para Berger y Luckmann (2003), el lenguaje, entendido como un sistema de signos vocales, es el sistema más importante en la sociedad humana. En el que se puede verbalizar, significar el mundo y compartir experiencias que pueden permanecer a través de tiempo para transmitirlos a generaciones futuras. “La vida cotidiana, por sobre todo, es vida con el lenguaje que comparto con mis semejantes y por medio de él. Por lo tanto, la comprensión del lenguaje es esencial para cualquier comprensión de la realidad de la vida cotidiana” (p.53).

Raiter (2002), sobre la importancia del lenguaje en la construcción de las representaciones discursivas plantea que:

El lenguaje no es solamente un medio o instrumento para perfeccionar la comunicación: es una poderosa herramienta cognitiva que ha permitido la formación y complejización de las representaciones y ha posibilitado la transmisión e intercambio de esas representaciones entre los miembros de la especie. (s.p)

Bajo esta perspectiva, las representaciones discursivas de los distintos objetos, experiencias y fenómenos, constituyen una necesidad central para el desarrollo de nuestra cotidianidad, pues siempre se busca darle significados -lingüísticos o no- al mundo. Así Berger y Luckmann (2003), plantean que el “lenguaje construye enormes edificios de representaciones simbólicas que parecen dominar las realidades de la vida cotidiana como gigantescas presencias de otro mundo” (p.57).

Para finalizar en el desarrollo de este apartado, Adam (2005, como se citó en Meneses, 2008) define las visiones en relación a las representaciones discursivas como “todo acto de referencia en cuanto construcción operada desde y por el discurso de un locutor y como (re)construcción por parte de un intérprete” (pp.259). Por lo tanto, señala que la construcción de una representación discursiva depende de las representaciones sociales ya construidas anteriormente por otros individuos, pues están siempre en constante cambio. Lo anterior, debido a que el “ser humano, al estar situado, está siempre inserto en un contexto histórico-social, pero, sigue manteniendo la posibilidad del cambio y la transformación social. En definitiva, sigue siendo libre” (pp.259-262).

2.1.4 Representaciones de género

Debido a que esta investigación se inscribe en las temáticas de género es importante conocer qué es el género y las representaciones que existen en torno a este concepto. Alicia Pinzas (1995, como se citó en Mantilla, 1996) plantea que en un principio el género, desde el punto de vista gramatical era comprendido como “la clase a la que pertenecen algunas palabras; en las lenguas indoeuropeas estas clases son generalmente tres: masculino, femenino y neutro” (p.154). A partir de dicha definición se establecen clasificaciones en relación a lo masculino y femenino. Comprendiendo que el género masculino se trata de hombres y que el género femenino se trata de mujeres, en base a los rasgos biológicos de cada uno.

Sin embargo, Shapiro (1981, tal como se citó en Bruel, 2008), en base a las reflexiones realizadas por Simone de Beauvoir en el texto “El Segundo Sexo” (1949), analiza que se debe separar la categoría sexo de la de género:

El sexo y el género sirven a un proceso analítico útil al contraponer un conjunto de hechos biológicos, a un conjunto de hechos culturales. Si quisiera ser escrupulosa en el uso de los términos, utilizaría la palabra sexo solo cuando hablase de diferencias biológicas entre machos y hembras, y usaría género siempre que me refiriese a las construcciones culturales y psicológicas que se imponen a esas diferencias biológicas”. Shapiro. (1981, como se citó en Bruel, 2008, pp.38)

Con respecto a este mismo concepto, Marta Lamas (2000) define el género como:

Conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y “propio” de las mujeres (lo femenino). (pp.3-5)

De acuerdo con lo que plantea la autora anterior, el concepto de género nace a partir de diferentes clasificaciones culturales, que no solo se definen por la división del trabajo, las prácticas rituales y el ejercicio del poder, sino que dependiendo del sexo, se le atribuyen características exclusivas en relación a lo moral, psicológico y afectivo. Asimismo, establece

que los conceptos de “mujer” y “hombre” se deben comprender como construcciones simbólicas pertenecientes al lenguaje y no a lo biológico (Lamas, 2000, pp.3-5).

De esta forma, se entiende que el concepto de género nace debido a que “en cada cultura una operación simbólica básica otorga cierto significado a los cuerpos de las mujeres y de los hombres. Así, se construye socialmente la masculinidad y la feminidad” (Lamas, 2000. p.4), cuyos roles cambian según el lugar o el momento, pero siguen estando regidos por un sistema de reglamentaciones, prohibiciones y opresiones recíprocas.

Entendiendo lo anterior, se concluye que cada ser humano está inserto en roles de género, los que conforman representaciones de género o estereotipos (Lamas, 2000) en el que los factores culturales y valóricos, son fundamentales para su construcción. En relación a lo anterior, Flores (2007) señala que las representaciones de género “constituyen elaboraciones simbólicas no sólo visuales sino también discursivas acerca de las relaciones entre hombres y mujeres y su lugar en la sociedad” (pp.106).

En esta línea, Olmeda y Frutos (2001), definen a los roles de género como:

Comportamientos, actitudes y valores sociales establecidos (fijados) para cada uno de los géneros. Representan un conjunto de tareas y funciones derivadas de una situación o estatus de la persona en un determinado grupo social. Estos papeles sociales se van fijando poco a poco mediante los procesos culturales y de interacción social. (pp.12)

De acuerdo con los conceptos mencionados anteriormente y la finalidad principal de esta investigación, es relevante establecer las distintas representaciones que han tenido las mujeres en relación a su poder gestante durante la historia y además, cómo el feminismo ha contribuido en estos cambios representacionales.

Es por esto que es importante conocer la representación del cuerpo y todo lo que conlleva, pues el estudio de las representaciones del cuerpo humano, entendido como un sistema de conocimientos, según Jodelet y Guerrero (2000) “permite volver a analizar todos los aspectos de las definiciones relativas al individuo y a la persona que se dan en una sociedad” (pp.19-21).

Bajo esa misma línea, la construcción de la representación de la mujer según Silvia Federici (2010) está ligada con la productividad desde el uso del tiempo, espacio y cuerpo. Dicha representación designa a las mujeres en tres características; según sus capacidades reproductoras biológicas, la mujer fatal y por ser seres complacientes. De esta manera se establece que ser mujer está cargado de estereotipos ligados a la reproducción, belleza, emotividad y complacencia. En el que ya “no se trata solo de la constitución de un conocimiento, sino también del posicionamiento de comportamientos y valores comunes” (Pacheco, 2020, p.23).

Asimismo, Marcela Lagarde (1991) señala que la construcción de las mujeres se ve orientada a proteger, cuidar, reproducir y mantener a las personas concretas en las mejores condiciones posibles, enfatizando que las tareas de cuidado -principalmente relacionadas a la crianza- son exclusivas de las mujeres. Mientras que la construcción de los roles masculinos, están asociados a las tareas del ámbito productivo, el mantenimiento y sustento económico (Olmeda y Frutos, 2001).

2.2 Maternidades

2.2.1 Maternidad

Tal como se mencionó en los subtítulos anteriores, la representación de la mujer durante toda la historia ha estado vinculada a sus capacidades gestantes y roles maternos, pero resulta necesario conocer y comprender por qué sucede esta vinculación.

Una de las principales razones se centra en que las mujeres están insertas en un sistema patriarcal. Dicho concepto es definido por Gerda Lerner (1986), como:

La manifestación y la institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y los niños de la familia y la ampliación de ese dominio masculino sobre las mujeres a la sociedad en general. Ello implica que los varones tienen el poder en todas las instituciones importantes de la sociedad y que se priva a las mujeres de acceder a él. (pp.340-341)

El poder del patriarcado no solo se presenta en las relaciones genéricas, sino que también se expande dentro de cualquier relación de opresión (Lagarde, 2005). Para Alda Facio y Lorena Fries (2005), las instituciones como la familia, el Estado, la educación, la religión, la ciencia y el derecho han servido para mantener y reproducir el estatus inferior de las mujeres.

Lamas (1986) señala que el origen de la subordinación histórica por el poder patriarcal que se le ha realizado a las mujeres proviene de su diferencia biológica: la capacidad de ser madre. Debido a que la maternidad se ha instaurado socialmente como la finalidad principal que las mujeres deben tener en su vida. Ideales que se ven representados “desde la infancia en las mujeres a partir de distintas experiencias cotidianas como el juego con muñecas, la atención a los hermanos/hermanas y la asistencia a la madre en las actividades domésticas como parte de las tareas femeninas” (Mason, 2016, p.48).

Teniendo en cuenta lo anterior, Mason (2016), plantea que la maternidad se debe entender como un:

Fenómeno bio-socio-cultural que coloca a las mujeres en una situación de obligación para con los otros, obligación de cumplir con sus funciones dentro de una sociedad que la concibe no como ciudadana autónoma sino como ciudadana-madre, al desempeñar un doble rol de madre y esposa-hija. (pp.55)

Asimismo, Anni Engelmann (2020) reflexiona en torno a la maternidad concebida como un mandato, sosteniendo que desde esa perspectiva:

Captura la potencia, la libertad y la autonomía al reducir un enorme espectro de proyectos personales a sólo un binomio: madre o mala mujer. Es un dispositivo que nos dice “apúrate”, que nos asusta, nos avergüenza y nos hace dudar de nosotras mismas, que nos hace sentir falladas o que no encajamos en un modelo que quiere suplir con discursos de amor. (s.p)

En este sentido, se ha instaurado a la maternidad como un control social para las mujeres, asignándoles un conjunto de características, comportamientos y roles que deberían ser “propios de su sexo”, encasillando su vida sexual solo con fines reproductivos. Por lo tanto, no se les permite salir del sistema patriarcal pues, “el rol de la maternidad al considerarse una imagen que se manifiesta socialmente está asociada con el autoconcepto de las mujeres,

afectando sus percepciones individuales y la formación de su propia identidad” (Obregón, Armenta, Arari y Ortiz-Izquierdo, 2020 pp.107).

De acuerdo con Sánchez (2016), si bien las mujeres tienen las capacidades bio-fisiológicas para gestar y amamantar, “esto no determina que por naturaleza estemos conformadas para hacerlo. La anatomía política del cuerpo consiste en regular y disciplinar las formas, acciones, actitudes, discursos, etc, que determinan cuándo y cómo las mujeres deben vivir la maternidad” (pp.949).

Lo anterior, se explica en base a que la construcción de la maternidad está determinada por condiciones históricas y culturales, influenciadas por factores económicos y políticos, en el que las mujeres están sujetas a modelos impuestos para controlar su trabajo, su sexualidad y sus capacidades y a pesar de que se trate de asuntos biológicos, son los modelos impuestos de una sociedad patriarcal, los que le arrebatan la autonomía a mujeres en relación a decidir sobre sus cuerpos.

2.2.2 Otros caminos para la maternidad

A lo largo de la historia, las creencias acerca de la maternidad han ido cambiando debido a factores culturales y sociales. Como se mencionó en el subtítulo anterior, durante muchos años las mujeres estuvieron encasilladas en ser madres como un tipo de control social para ser aceptadas, pero con los diferentes movimientos feministas esto cambió.

Los cuestionamientos al sistema de creencias permitieron que la maternidad fuera comprendida como una decisión propia de cada mujer y no como una imposición a raíz de creencias sociales o familiares, permitiéndoles desligarse de ciertos roles impuestos.

“Dueñas de nuestros cuerpos, dueñas de nuestras vidas”, fueron algunas de las consignas que utilizaron las mujeres feministas a principios de 1969 y durante 1980, en Estado Unidos principalmente, cuando exigían la liberación de los métodos anticonceptivos y la despenalización del aborto, cuestionando así los roles de género que se han instaurado en las mujeres y permitiéndoles decidir por sus propios cuerpos (Ávila, 2005).

En Europa occidental del siglo XVI y XVIII, no todas las mujeres se podían desentender de las tareas de la maternidad, por lo tanto, las primeras mujeres en plantear que su vida social o estatus, no se complementaba con la crianza de los hijos, fueron las mujeres ricas o de la aristocracia, que contaban con medios para dejarles a otros esa labor y continuar con su vida.

La obligatoriedad de que todas las mujeres deben ser madres ha sido desmitificada en base a que el instinto maternal no existe, sino lo que existe es la posibilidad de decidir ser madre y que la forma en la que se expresa dicha maternidad varía según el contexto histórico (Badinter, 1981). Respecto a que cada mujer puede decidir ser o no ser madre, Françoise Heritier (2007) propone que:

Gracias a la anticoncepción, la mujer se convierte en la dueña de su cuerpo y ya no es considerada como un simple recurso; utiliza su libre albedrío en materia de fecundidad (...) pone fin a un sistema de dominación que consistía en utilizarla para concebir hijos (...) La anticoncepción las libera del mismo tema por el que fueron hechas prisioneras. (p.128)

Ávila (2005), al igual que Heritier (2007) decide utilizar el concepto de “elección” porque “da cuenta de la autonomía y autodeterminación que ejercen los sujetos sobre sus vidas y el entorno social que los envuelve” (p.111) a partir de los avances en materia de anticoncepción.

2.2.2.1 NoMo, No-maternidad y Childfree

Los cambios conceptuales en relación a la decisión de las mujeres sobre su reproductividad partieron con el concepto de negación a la palabra madre. Desde ahí nace el movimiento “NoMo”, que proviene del mundo anglosajón con Not Mother o en español No Mamá. Dicho termino, fue acuñado en 2011 por Jody Day, una escritora inglesa que no pudo tener hijos por problemas de fertilidad. Por lo que creó una comunidad online para mujeres en sus mismas circunstancias (Nueva Mujer, 2016).

Sin embargo, una “NoMo” también puede serlo por elección propia, lo que se relaciona directamente con las bajas tasas de natalidad presente en Chile, pues según el término “No-Maternidad” las decisiones de cada mujer están por sobre el tema biológico de tener las

capacidades fértiles. De esta manera, se debe entender por “No-Maternidad” a un concepto que hace referencia a las mujeres que en edad reproductiva no tienen hijos por elección, entendiendo toda la carga ideológica que hay detrás de esa elección. Debido a que la decisión de no querer ser madre responde al mandato social y cultural de la maternidad como una construcción impuesta y no seguirla deriva opiniones negativas (Anzorena y Yáñez, 2013).

Siguiendo con lo planteado anteriormente, tal como existían representaciones discursivas para la maternidad, también existen para la no maternidad, pues a las mujeres que deciden no ser madres se les dice que están perdiendo el amor más grande de su vida, que se van a arrepentir, se van a quedar solas o que son “víctimas” de las propuestas del feminismo radical (Ávila, 2005).

De acuerdo con Marcela Lagarde (2005), la maternidad está construida como un cautiverio para las mujeres, pues el control sobre su sexualidad y la reproducción, es una de las maneras de ejercer poder y control sobre sus cuerpos y que se ejerce a partir de la ideología patriarcal y religiosa bajo argumentos discursivos.

Otro concepto que nace de la misma temática, es el término “Childfree”, traducido al español como “libre de hijos. Además de ser un nuevo concepto para referirse aquellas personas que han decidido no tener hijos y que entienden la vida sin la maternidad o la paternidad, significó un movimiento social que incluso se ha masificado en las redes sociales.

Para Mandujano (2021) el término “childfree”, o “libre de hijos” está relacionado con la:

Deconstrucción de los sistemas sexo-género y los cambios en las trayectorias de vida propios de las sociedades contemporáneas. Ser childfree implica la renuncia personal y voluntaria a la maternidad o paternidad. Sin embargo, al ser estas unas de las funciones biológico-sociales más naturalizadas, renunciar voluntariamente a ellas sigue generando cuestionamientos y estigmas sociales. (p.3)

Para Martín (2014) algunos de los motivos para que una persona se convierta en Childfree, son, en primer lugar, las razones personales: debido a la falta de instinto maternal, desagrado ante la presencia de niños y no tener una razón de peso para tener un hijo. En segundo lugar, los miedos y riesgos: miedos relacionados con la salud de los futuros bebés y de la propia madre, miedo al parto, al cambio físico, miedo a la mortalidad infantil, miedo a

perder calidad de vida, entre otros. Por último, las razones ideológicas y filosóficas, que se relacionan con la contaminación ambiental, la superpoblación e inconformidad con el mundo que les rodea.

Evidentemente, estas nuevas opciones en torno a la maternidad resultan extrañas para la sociedad, pues “negarse al mandato impuesto por las estructuras de un sistema, que está marcado por tendencias discursivas que conciben a las mujeres como seres identificados con la naturaleza, supone convertirse en anomalía” (Alzard, 2020, pp.24).

2.3 De parteras a matronas: desde el autocuidado entre mujeres hasta la formación profesional

2.3.1 Partera o Comadrona

Desde la Colonia, los saberes ancestrales en relación a la salud de las mujeres en el ámbito sexual y reproductivo fueron vitales para todos los conocimientos médicos que existen en la actualidad. Dichas tradiciones nacieron por los saberes que “se trasmitían entre vecinas, comadres o de madre a hija, por medio de la palabra, la observación, la experiencia y, en muchas ocasiones, por la propia vivencia de estas mujeres, ya que ellas mismas fueron quienes asistieron sus partos” (Villalobos, 2019, p.5).

Fue así como las parteras, comadres, comadronas o recibidoras, cuyo nombre dependía del lugar geográfico en que estaban situadas, cumplían un rol esencial en la salud de las mujeres, pues eran las únicas que en ese momento contaban con el conocimiento para acompañar durante el proceso del embarazo y post parto. Debido a lo anterior y el poco desarrollo para una atención especializada cuando se presentan complicaciones en la época colonial, el sitio web Salvatnet (2014) plantea que “traer un hijo al mundo se encontraba muy ligado a la mortalidad debido al desangramiento de las parturientas y a las altas fiebres puerperales que atacaban durante el proceso de alumbramiento” (s.p).

Castañeda (1999, como se citó en González, 2010) afirma la importancia histórica de la labores de la partera debido a que surge como una “acompañante durante el parto en respuesta a una realidad antropológica, que es la necesidad de la mujer de sentirse apoyada durante los procesos reproductivos” (p.15).

También, la partera cumplió un servicio fundamental en relación a la salud de las mujeres, pues prestaba un servicio que no brindaba la asistencia médica común, entregando todo su conocimiento y asistiendo a mujeres próximas a parir. Incluso, beneficiando de mayor manera a aquellas que provenían de zonas rurales, donde la atención médica no llegaba.

Así, la partería se presenta como un asunto femenino y por ende, relacionado directamente con las temáticas de género. Además, actualmente esta forma de acompañamiento se convierte en una acción respaldada por los ideales del feminismo, respetando las decisiones de las mujeres sobre sus cuerpos.

Cisneros (2021) explica que esta forma de acompañamiento durante toda la etapa del embarazo se adhiere a un enfoque integral, señalando que las parteras están dispuestas a:

Respetar las decisiones de cada mujer y con darles información sobre beneficios y riesgos de cada una de sus opciones para que ‘puedan apropiarse’ de sus decisiones y tomarlas con autonomía. Se consideran un espacio libre de juicios, abierto a la diversidad de mujeres, con la visión de que las mujeres son expertas en sus cuerpos y en sus procesos, buscan dar una atención libre de prejuicios y estereotipos (s.p).

2.3.2 Obstetricia y Puericultura

Si bien la salud femenina no fue el centro de las investigaciones médicas, durante los siglos XVII y XVIII, comenzaron los primeros acercamientos a la medicalización femenina, específicamente en Francia y en Chile, países en los cuales la especialización surge en la mitad del siglo XIX. Desde ese momento se educó en materia de atenciones del parto, profesionalizando a las primeras matronas preparadas para acompañar y atender a mujeres en el embarazo, parto y puerperio a través de la obtención de estudios médicos.

En relación a la especialización se debe realizar una precisión entre los conceptos de “partera” y “matrona”, debido al tipo de conocimiento que cada una de ellas ofrecen. La primera, nace desde “un saber empírico, adquirido gracias a la sola observación y experiencia”. La segunda se debe a “un conocimiento obtenido por la asistencia a un curso formal que contemplaba la aprobación tanto de una parte teórica como práctica” (Cerde, 2020, p.116).

En el caso de Chile, el profesionalismo de la atención del parto nace con la inauguración de la Escuela de Matronas en 1843, dirigida por el médico francés Lorenzo Sazié. A lo largo del siglo XIX, 300 matronas se lograron instruir en temáticas de salud femenina, lo que significó un hito relevante en la inserción laboral de la mujer en el área de la salud (Salvalnet, 2014).

En un principio, la carrera profesional solo contemplaba un plan de estudio en torno a la maternidad, pero luego a mitad del siglo XX y según las necesidades médicas que Chile necesitaba, la enseñanza de las matronas integró el estudio de la “anatomía femenina, pubertad, nubilidad, menstruación, menopausia, aborto, patologías del feto, operaciones, embriotomía y lactancia” (Díaz, 2021, p.13). Además de instruir a las mujeres en temáticas de salud sexual y reproductiva, permitiendo el acceso a la anticoncepción oral e incluso orientar en relación a la paternidad responsable en programas de Planificación Familiar.

Específicamente en Concepción, la creación de la escuela de Obstetricia y Puericultura nace en 1966 en la Universidad de Concepción, partiendo con un curso de Obstetricia que se agregó como otra posibilidad de carrera para los alumnos propedeutas del Área Biológica. Luego, en 1967 se inició un curso de Obstetricia, que dependía de la Facultad de Medicina con una matrícula de 35 alumnas en un plan de estudios cuya duración era de tres años y medio. Sin embargo, no es hasta 1980 en que la Universidad de Concepción crea un departamento de Ginecología, Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina, modificando dicho plan de estudio a nueve semestres³.

Desde esos momentos históricos, comenzaron las labores profesionales de las matronas, quienes eran las encargadas de atender partos especialmente domiciliarios, sustituyendo la labor que realizaban las parteras. Sin embargo, que las mujeres tuvieran la posibilidad de profesionalizarse en esta área significó un instrumento de subordinación y sumisión más que deliberación según Ortiz (1996), ya que dichos conocimientos “lo utilizaron los cirujanos para su propia definición y ascenso profesionales y acabó expropiando a las matronas de su saber, de su lenguaje, de su cultura/s y en definitiva, de gran parte de su poder social” (p.156).

³ Información disponible en el sitio web del Departamento de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Concepción. <http://www2.udec.cl/~obstetricia/historia%20carrera.html>

En relación a lo anterior, es a fines del siglo XIX cuando aparece la figura del hombre médico-obstetra quien comenzó a trabajar junto a las matronas en todos los cuidados del parto y puerperio. A pesar de que todos los conocimientos e instrucciones entregados a los nuevos médicos eran otorgados por las mujeres parteras, “fueron los hombres los que monopolizaron la enseñanza y también la atención de los partos que presentaron complicaciones. En este sentido, la educación de las matronas se vio subordinada por la de los médicos, relegándola a los cuidados menores y posteriores del parto” (Díaz, 2021, p.12).

Así, al igual que en otras áreas, no solo médicas, sino que también políticas, sociales y culturales, a las mujeres se le asignan distintas ocupaciones debido a su género. Entendiendo que están inmersas en una sociedad patriarcal y la creencia -basada en estereotipos- de que por ser mujeres sus conocimientos no tienen el mismo valor que los entregados por un hombre. A pesar de que históricamente quienes tuvieron los principales conocimientos sobre la salud de la mujer, fueron éstas, entendiéndose como un campo laboral que les pertenecía.

Respecto a masculinización en el área de la salud, Martín y Ramacciotti (2016) plantean que se debe a:

En el ámbito sanitario se agregó a las nociones de género que definieron trabajos y ocupaciones razonables para las mujeres y aquellos inapropiados para ellas, otro elemento que reforzó la subordinación: la organización jerárquica de saberes que se tradujo en posiciones diferentes según la capacitación y el tipo de formación (pp.82-83).

Asimismo, Silvia Federici (2010), sobre la llegada del hombre a la obstetricia señala que:

La entrada del doctor masculino a los espacios antes privilegiados de estas mujeres dónde ellos comenzarían a ser vistos como aquellos capaces de dar vida; esta visión de la fuerza reproductiva y de los roles, priorizó el feto sobre la madre, la comunidad de mujeres que se reunía alrededor de la cama de la futura madre, tuvo que ser expulsada de la sala de partos (p.137).

Al mismo tiempo, el cambio en las labores que cada uno desempañaba según su profesión como se mencionó anteriormente, estuvo cargado de roles y estereotipos de género, restando poder y movilidad a las mujeres en el desarrollo de sus saberes, debido a que

inicialmente la mujer en la medicina tenía un poder relevante, pues “dominaban un ámbito al que los hombres no tuvieron realmente acceso hasta finales del siglo XVII” (Quiroz, 2012, p.417).

2.3.3 Aborto

Otra de las razones de la pérdida de poder de las mujeres en la salud fue debido a que en muchos casos las parteras efectuaban prácticas de interrupción del embarazo. Por lo tanto, tal como plantean Aponte y Femenías (2008), las mujeres se construían en un enemigo público, quienes atentaban contra la lógica del patriarcado, cuya finalidad en este caso sería decidir sobre el cuerpo de las mujeres.

Según Astete, C. Beca, J. y Lecaros, A. (2014), la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como la “interrupción del embarazo cuando el embrión o feto todavía no es viable fuera del vientre materno” (p.1450), es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente.

El hecho de abortar, históricamente ha estado cargado de juicios religiosos, políticos y sociales. Sin embargo, las luchas feministas han resignificado el aborto, como una acción de empoderamiento de las mujeres por el derecho de decidir sobre sus cuerpos. Según Marcela Lagarde (2014, como se citó en Mason, 2016) “el aborto se convierte en la única manera en que la mujer puede escapar del cautiverio de la maternidad y de todas las personas e instituciones que ejercen poder sobre su cuerpo y fecundidad al sentirse dueñas del mismo” (p.28).

Culturalmente a las mujeres que abortan se les trata de locas y malas, puesto que es considerado por muchas personas como un homicidio de la madre contra su hijo. Sin embargo, Lagarde (2005) señala que “en el aborto voluntario, la mujer sale del dominio natural, y se apropia de su cuerpo y de su identidad. Por lo menos en ese aborto, dejó de estar subsumida en los otros y en la maternidad” (pp.156-157), de esta forma las mujeres dejan de ser consideradas ‘seres para otros’, lo que está muy ligado a las construcciones de género en torno a la mujer y la maternidad.

Sin embargo, su criminalización, el hecho de que se vean obligadas a abortar en secreto, bajo condiciones insalubres y peligrosas y que deban enfrentarse al estigma de la sociedad,

expresa hasta qué punto no son dueñas de sí mismas y además, hasta qué punto el Estado no les concede dicha autonomía, pues “ellas no pueden decidir sobre su maternidad ya que ésta sólo puede ocurrir bajo ciertas normas, relaciones y condiciones” (Lagarde, 2005, 758).

Dicha práctica de abortar transgrede directamente el paradigma de mujer-madre, creada en base a una de las principales construcciones socioculturales que definen a la esencia y objetivos de la mujer, otorgándole a su cuerpo una serie de símbolos en torno a su capacidad biológica reproductora y el cuidado de los otros. Así, al cuerpo de las mujeres se les otorgan deberes que deben cumplir dentro del orden social patriarcal, debido a que:

El «cuerpo» se manifiesta como un medio pasivo sobre el cual se circunscriben los significados culturales o como el instrumento mediante el cual una voluntad apropiadora e interpretativa establece un significado cultural para sí misma. En ambos casos el cuerpo es un mero instrumento o medio con el cual se relaciona sólo externamente un conjunto de significados culturales (Butler, 2007, p.58).

Si bien las leyes sobre el aborto varían drásticamente según el país, entre los países de Latinoamérica que actualmente tienen aborto legal están presente: Colombia, Argentina, Uruguay, México y Cuba. Sin embargo, la situación en Chile es distinta. Durante 1931 y 1989 el Código Sanitario de Chile permitía el aborto terapéutico para salvar la vida de la mujer. En su artículo 119 señala: “sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo, para lo cual basta la firma de dos médicos cirujanos”.

Pero, entre 1989 y 2017, el aborto estuvo penalizado en todas sus circunstancias: en 1989, a meses del retorno a la democracia en Chile, la Junta Militar derogó el aborto terapéutico y modificó el Código Sanitario y el Código Penal, condenando a quienes se realizaran abortos clandestinos. “La eliminación del aborto terapéutico de la legislación sanitaria tuvo por objeto y resultado consagrar dentro del orden temporal el reconocimiento de la filosofía y la moral católica” (Asociación Chilena para la Protección de la Familia [APROFA] y Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe [RSMLAC], 2008, p.22).

Debido a lo anterior, es que en 2013 la Corporación Miles Chile ingresa al Parlamento el Proyecto de Ley sobre Interrupción del Embarazo en tres causales: peligro para la vida de la mujer, inviabilidad fetal de carácter letal y embarazo por violación. Finalmente, en 2017, es promulgada la Ley N° 21.030 que regula dicha interrupción en el embarazo.

De acuerdo al tercer informe de la Corporación Miles Chile⁴, desde la entrada en vigencia de la Ley 21.030, en septiembre de 2017, hasta diciembre de 2020, se han registrado un total de 2.159 casos que están respaldados por estas causales. De los cuales, 1.827 procedieron a realizar la interrupción de su embarazo. Del total de interrupciones, 573 de ellas constituyeron causal 1 (riesgo vital para la mujer), 883 causal 2 (inviabilidad fetal) y 371 constituyeron causal 3 (embarazo producto de una violación). De acuerdo con dicho informe, durante 2020, se observó un aumento de un 35% en la tercera causal, respecto del mismo período del año 2019.

Dichas cifras son relevantes, puesto que el segundo informe realizado por la Corporación Miles Chile en 2018⁵, señala que existen estudios estimativos -dada su penalización- de abortos clandestinos anuales que indican un promedio de 160.000. Además, estiman que en 1994 se habrían realizado alrededor de 200.000, en 2012 se habrían producido 60.000 y en 2015 se acercarían a los 300.000 los abortos clandestinos.

Por lo que la despenalización del aborto en tres causales contribuyó a la seguridad de la mujer, específicamente desde el ámbito de la salud, pues ahora en caso de que la madre se encuentre en riesgo vital, la interrupción del embarazo legal evita un peligro para su vida, así como también en las otras dos causales en condiciones seguras.

Sin embargo, el hecho de que exista una ley que decida sobre el cuerpo de las mujeres, al establecer el aborto ilegal fuera de dichas causales, resulta otro mecanismo que controla su autonomía sexual y reproductiva. De acuerdo con Rosas (1997, como se cita en APROFA y RSMLAC, 2008), la maternidad debiese ser una experiencia voluntaria, pues “forzar a una mujer a que culmine un embarazo no deseado y a afrontar sus consecuencias, supone atentar contra su libertad, su dignidad y su derecho a decidir, y condenarla a un futuro que ella no ha elegido” (p.10).

Como se mencionó anteriormente, en algunos países el aborto sigue siendo ilegal, lo que además de suponer un peligro a la libertad sexual y reproductiva de las mujeres, supone

⁴ Tercer Informe sobre Derechos, Salud Sexual Reproductiva y Violencia de Género en Chile, Corporación Miles Chile. Revisado en 2022. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1427>

⁵ Segundo Informe Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile 2017-2018. Corporación Miles Chile. Revisado en 2022. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1148>

un peligro a su propia vida. La Asociación Chilena para la Protección de la Familia (APROFA) y Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe (RSMLAC), señalan que:

El aborto clandestino es un problema de salud pública, de justicia social y de derechos humanos. El Parlamento chileno debe legislar en función de garantizar el derecho de las personas a tomar decisiones en materia reproductiva, de manera que para hombres y mujeres la reproducción sea una decisión consciente y deseada en lo personal, y acogida en condiciones de solidaridad y justicia social (2008, p.8).

2.3.4 Tasa de mortalidad materna y fecundidad en Chile

En relación a lo planteado al final del subtítulo anterior sobre las condiciones del aborto según las leyes que existen en cada país, el aborto clandestino se relaciona con la mortalidad materna. De acuerdo con Flores y Garmendia (2021), la Organización Mundial de la Salud (OMS) define ésta como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales" (p.1440).

Chile en la década del 60 tenía una de las tasas de mortalidad materna por aborto inducido más altas de Latinoamérica con un 38,8%, es decir, un tercio de las madres que morían en el país lo hacían como consecuencia del aborto, la mayoría de las veces clandestino. Es por esto que el Ministerio de Salud, creó el programa de Regulación de la Fertilidad, introduciendo en Chile los métodos de planificación familiar, con el fin de reducir el aborto inseguro, como consecuencia la muerte de la mujer (Donoso y Vera, 2016, pp. 538-540).

Según cifras entregadas en un artículo publicado por la Organización Panamericana de la Salud⁶, cada día mueren en todo el mundo alrededor de 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. "En 2015 se estimaron unas 303 mil muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado" (s.p).

⁶ Salud Materna, Organización Panamericana de la Salud. Revisado en <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>

Asimismo, afirma que entre las principales complicaciones que provocan la mortalidad materna, con un 75% del total, se encuentran los abortos peligrosos:

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto (s.p).

Si bien la tasa de mortalidad materna es un problema a nivel mundial, la tasa de fecundidad también lo es. El boletín de estadísticas vitales elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), -realizado en 2022 con cifras provisionales de 2020-, señala que el número de nacimientos ha continuado disminuyendo en el país, registrándose 194 mil, lo que representa 15 mil nacimientos menos que el año anterior.

Una de las razones de lo expuesto anteriormente, es la problemática del envejecimiento acelerado y las maternidades tardías. Según el INE, una tasa global de fecundidad óptima debería ser de 2,1 hijos por mujer -lo que aseguraría el reemplazo generacional-, sin embargo, desde 2000 la tasa de fecundidad viene bajo el 2%, a lo que se suma el creciente aumento de la esperanza de vida al nacer de la población. Además, dichas cifras entregadas por el INE, también estiman que para 2050 la población mayor de 60 años en Chile representará un tercio del total de habitantes, por lo que significaría grandes desafíos en materia previsional, laboral y crecientes gastos en salud.

La causa de la baja fecundidad se puede explicar principalmente en base a factores sociales, culturales y económicos. Uno de ellos es debido a que las mujeres están priorizando otras áreas de su vida y postergan la maternidad como una decisión propia, optando por su libertad sexual y reproductiva o por el simple hecho de no desear ser madres.

Hoy en día no son sólo el acceso a métodos anticonceptivos y mayor presencia de mujeres en espacios laborales lo que hace que se postergue el embarazo, sino también la incertidumbre de quién cuida a los hijos e hijas cuando no está la madre para hacerlo, además del colapso de la economía, el debilitamiento de la democracia o la crisis climática, preocupaciones que las familias comparten a nivel global (Sánchez, K, 2022, s.p).

2.4 Derechos sexuales y reproductivos

En relación a lo planteado anteriormente, sobre la profesionalización de la Obstetricia y Puericultura, el aborto, las tasas de fecundidad y mortalidad materna; los derechos sexuales y reproductivos cumplen un rol esencial para avanzar en la autonomía e igualdad de género de las mujeres.

El primer acercamiento a los derechos reproductivos proviene de la Proclamación de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán (1968), en la que se estableció que los padres determinarían libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos. Luego, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, según Alda Facio (2008) “los Estados participantes reconocieron que la salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones” (p.21).

Así, se convirtió en un derecho humano, que establece que las personas pueden decidir de manera libre y responsable acerca de su salud sexual y reproductiva; sin discriminación y con acceso a la información para posteriormente decidir en temáticas de este tipo. Sin embargo, socialmente a la mujer aún se le vincula con la esfera familiar y sus capacidades gestantes, en vez de la autonomía y disfrute de su sexualidad sin fines reproductivos.

En relación a los conceptos mencionados anteriormente, es importante realizar una distinción, debido a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que si bien son derechos relacionados, no son dependientes entre sí. Por un lado, define que los derechos sexuales son “aquellos derechos que involucran la capacidad de disfrutar una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos” y por otro lado, los derechos reproductivos son la “posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijos, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se requiere disponer de información suficiente y acceso a los medios adecuados” (Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer, 2016, p.6).

Si bien hombres y mujeres pueden acceder a los derechos sexuales y reproductivos, éstos están destinados principalmente a la mujer, pues son las primeras afectadas cuando los países presentan un escaso o nulo desarrollo en las temáticas de género y autonomía

femenina. Dado que los costos de la maternidad recaen principalmente sobre la mujer y es ella quien muchas veces será afectada por la falta de garantía de dichos derechos.

Para comprender la incidencia de estos derechos en la sociedad, se debe estudiar el debate público de la sexualidad, pues interfieren distintos factores, ya sean ideológicos, políticos, religiosos, sociales, culturales, entre otros. En Chile, según Valdés y Guajardo (2007) “se configura en un terreno de pugna ideológica y cultural, donde sectores conservadores cruzan el espectro político y social con una clara hegemonía mediática e institucional por parte de la Iglesia Católica” (p.15). Lo anterior sucede bajo un marco de políticas conservadoras, siendo el modelo tradicional de familia heterosexual un referente histórico.

La declaración de los derechos sexuales y reproductivos generó un cambio social, debido a que los temas que se consideraban privados, como la sexualidad, fueron configurados hacia la esfera pública. De acuerdo con M.B Ávila (2000), la transferencia de las cuestiones de la vida privada para la esfera pública “la realiza el sujeto a través de la acción política que transforma los hechos cotidianos en problemas de interés colectivo y los pone en una perspectiva histórica y social” (p.66).

Para M.B. Ávila (2000) específicamente en el caso de la mujer, esto significó poder y libertad en relación a las decisiones sobre su sexualidad y reproducción:

La entrada de las mujeres en la esfera pública, como sujeto político forjado en el feminismo, trae una contribución fundamental e inusitada para la redefinición de las relaciones sociales en el ámbito de la vida privada como lugar de construcción de igualdad y libertad configurando un proyecto revolucionario de transformación de la intimidad. (p.66)

Asimismo, M.B. Ávila (2000) plantea que la desconstrucción de la historia de la vida privada fue “un camino para que las mujeres comprendieran las formas de poder que eran ejercidas sobre sus cuerpos y que las transformaban en un lugar de desposeimiento de la propia existencia” (p.67).

Por lo tanto, la implementación de derechos sexuales y reproductivos significó que las mujeres podían acceder a servicios que actualmente resultan esenciales para el desarrollo de sus vidas. El hecho de decidir si tener hijos o no, qué tipo de familia desean formar, información

sobre procedimientos de esterilización y acceder a anticonceptivos de forma gratuita en la salud pública, entre otros, les otorgó autonomía y al mismo tiempo, generó conciencia sobre los cambios socioculturales y temáticas que eran necesarias de conocer en un sistema patriarcal.

2.4.1 Perspectiva de género en la salud chilena

El ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos depende de varios factores, pues en el ámbito de la salud, los profesionales de dicha área, tales como ginecólogas (os) y matronas (es), deben conocer, respetar y estar conscientes de las prácticas que realizan en atenciones sobre salud sexual y reproductiva, debido a que en este ámbito se presentan grandes casos de violaciones a derechos humanos.

En un informe, el Servicio Nacional de la Mujer (2003) señala que el ejercicio de una atención de salud sexual y reproductiva integral contribuye a:

La salud y al bienestar reproductivo, al prevenir y resolver los problemas relacionados con la sexualidad y reproducción de una manera integrada. Incluye, también, como objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no solamente la orientación y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual. (p.21)

Los derechos sexuales y reproductivos se enmarcan dentro de los derechos humanos, por lo que es importante establecer perspectiva de género al momento de referirse a temáticas sexuales y reproductivas. De acuerdo con Ramos (2006), el enfoque de género:

Permite poner en evidencia las relaciones jerárquicas y de poder que se establecen entre hombres y mujeres, los diversos mecanismos que utiliza el sistema de dominación masculina para perpetuar estas relaciones -lo cual frecuentemente se ha ignorado-, y la manera cómo estas actúan junto con otras variables, tanto en la situación de salud de las poblaciones como en el accionar de los sistemas de salud. (p.203)

En esta misma línea, Durán y Duarte (2019) reflexionan sobre el rol que cumplen los profesionales del área de la salud sexual y reproductiva, puesto que se relacionan directamente con el género.

Cumplen un rol fundamental a la hora de construir, apropiar y expropiar autonomías y libertades respecto a los cuerpos de las mujeres. Entendiendo todo ello, desde las distintas perspectivas en las que se posicionan ante el ejercicio profesional, el equipo sanitario puede reproducir y perpetuar patrones violentos impuestos a través del predominio de un modelo biomédico que contiene en sí mismo lógicas patriarcales evidentes. (p.104)

Se debe comprender que las violaciones a este tipo de derecho están relacionadas con una desigualdad en función al género. Debido a que la salud está dominada mayoritariamente por un sistema a cargo de hombres, en el que, a raíz de los roles de género, han establecido limitaciones para las mujeres. Para Facio (2008) esto se debe a que:

Se puede decir que la mayoría de los casos de mala salud sexual y reproductiva de las mujeres son gracias al poco valor que la sociedad otorga a su vida, salud y bienestar o al hecho de que el paradigma de un ser saludable es el hombre, blanco, occidental, propietario, heterosexual y sin discapacidades. Por ende, se considera que la mayor parte de los casos de mala salud sexual y reproductiva de las mujeres son casos de violación a su derecho humano a la igualdad y no discriminación. (p.15)

Inicialmente, la salud reproductiva nació con un enfoque de género, pues reconoció que fortalecer la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo, respetar sus decisiones en materia reproductiva y fomentar la equidad entre ellas y los hombres en materia educativa, laboral y política eran fundamentales para hacer realidad los derechos reproductivos. (Damián y Paredes, 2004). Sin embargo, el resultado de aplicación fue distinto, debido a la desinformación en torno al tema por parte de los profesionales.

Cuando los y las funcionarias de un Estado ni siquiera saben que los derechos reproductivos son derechos humanos, o no saben enmarcar la salud reproductiva y sexual en un marco de derechos humanos, es mucho más probable que se cometan violaciones a los derechos humanos relacionados con ella (Facio, 2008, p.14).

La etapa reproductiva de las mujeres concentra la mayor cantidad de acciones y demanda en las atenciones en los servicios de salud, entendiendo la gravedad hacia las violaciones a este derecho humano y además la necesidad de incorporar el enfoque de género en las políticas de salud.

Las relaciones de género que resultan en discriminación contra las mujeres juegan un papel muy importante en el desproporcionado número de mujeres y niñas que sufren de mala salud sexual y reproductiva. Por ende, son las mujeres las personas a quienes más se les violan los derechos reproductivos. Por ello, son las mujeres las más necesitadas que los derechos reproductivos sean entendidos como derechos humanos (Facio, 2008, p.14).

En definitiva, la existencia de una perspectiva de género en la salud reconocería que hombres y mujeres tienen diferentes necesidades y oportunidades y, por lo tanto, éstas afectan tanto a su estado de salud, como a sus acceso a los servicios sanitarios.

Capítulo III: Explicaciones metodológicas

3.1 Diseño de la investigación

El objetivo de esta investigación consistió en analizar la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián, respectivamente, con el fin de evidenciar tendencias en las representaciones emergentes.

Para cumplir con dicho objetivo, la investigación se enmarcó en una metodología de carácter cualitativa con alcance descriptivo.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) la investigación cualitativa tiene por finalidad “comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (p.358). Estudiando precisamente la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que les rodean para “obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos)” (p.8).

En relación al alcance de esta investigación, Hernández, Fernández y Baptista (2014) plantean que el alcance descriptivo “busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p.98), con la finalidad de describir tendencias de un grupo o población, y además analizar “cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes” (p.99).

La metodología expuesta anteriormente, dialoga con el objetivo principal de esta investigación, pues el discurso respecto de la no maternidad, elaborado por el alumnado perteneciente a la carrera de Obstetricia y Puericultura, de la Universidad San Sebastián y Universidad de Concepción, respectivamente, se debe analizar desde su contexto e importancia profesional, entendiendo que al ser una carrera relacionada con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, tiene una incidencia directa con las temáticas de género.

En relación al alcance descriptivo, éste permite analizar a través de entrevistas, cómo los factores éticos, valóricos y educacionales influyen en la representación discursiva de la no maternidad, a través del perfil y características de un grupo de estudiantes que pertenece a

dos universidades que se adhieren a valores ético educativos distintos, para así evidenciar tendencias en las representaciones emergentes.

3.2 Métodos y técnicas

3.2.1 Métodos y técnicas de recolección de información

Las investigaciones con enfoque cualitativo permiten “obtener datos (que se convertirán en información) de personas, seres vivos, comunidades, situaciones o procesos en profundidad; en las propias “formas de expresión” de cada uno” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.396).

Es por esto que la técnica de recolección de información escogida para el desarrollo de esta investigación fue la aplicación de entrevistas, focalizadas del tipo semiestructuradas. Hernández, Fernández y Baptista (2014) definen la técnica de entrevista como “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (p.403).

Asimismo, definen que la entrevista semiestructurada se basa en “una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (p.403). En relación a las características de este tipo de entrevista, los datos que interesan obtener son “conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes” (p.396), considerando siempre el contexto en el que se desarrolla el grupo de estudio -salud sexual y reproductiva de mujeres-, ya que resulta fundamental para el análisis de significados en la investigación.

Tal como se menciona en la cita anterior, a través del lenguaje se puede acceder a información que solo la técnica de la entrevista puede otorgar. En este sentido, se debe especificar que los datos obtenidos están delimitados por el tipo de análisis que Hernández, Fernández y Baptista (2014) definen como significados, pues se utiliza para “aludir a la vida social como definiciones, ideologías o estereotipos” (p.397).

Dicha definición, sustenta la elección metodológica para esta investigación, pues el objetivo principal es analizar el discurso de un grupo de estudiantes y sus representaciones discursivas referidas a la no maternidad, a través de los datos de carácter primario, debido a

que la información se recopiló por la investigadora, directamente desde la voz de las y los entrevistados.

Las entrevistas realizadas fueron sometidas a criterio de expertos y además, las y los entrevistados firmaron un consentimiento informado en el que aceptaron participar voluntaria y anónimamente en la investigación.

3.2.2. Métodos y técnicas de análisis

Para desarrollar el estudio de la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián, con el fin de evidenciar tendencias en las representaciones emergentes se utilizaron las entrevistas semiestructuradas. Para tal efecto, se crearon preguntas referidas a cada uno de los objetivos específicos de la investigación, categorizadas por temas, las cuales se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 1: Estereotipos de género en torno a la no maternidad

OBJETIVO ESPECÍFICO 1:	PREGUNTAS:
Identificar los estereotipos de género presentes en la construcción discursiva referida a la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y Universidad San Sebastián.	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social? Asociar a la mujer a lo reproductivo. 2. ¿Qué opina de la siguiente afirmación? “La mujer está destinada a ser madre”. 3. Desde su perspectiva, ¿Qué características debería tener una buena mamá y un buen padre? 4. En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza o la crianza compartida? 5. Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión? 6. ¿En el ámbito clínico, existen prejuicios en torno a las mujeres que decidieron no ser madres, tales como enfermedades asociadas a ese hecho?

	<ol style="list-style-type: none"> 7. ¿Cree que se atormenta a las mujeres con estos diagnósticos en caso de que no quieran ser madres, como una forma de presionarlas para que sean madres pronto? 8. ¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente? 9. ¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura? 10. En relación a lo anterior, ¿cuáles son los estereotipos que más se repiten en su ámbito clínico? 11. Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva de las mujeres? Al respecto, ¿existe alguna desigualdad en temas de género? 12. ¿Considera importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica?
--	---

Tabla 2: Influencia de los factores éticos, valóricos y educacionales en la representación discursiva de la no maternidad

<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2:</p> <p>Identificar los factores éticos/valóricos y educacionales que influyen en la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián.</p>	<p>PREGUNTAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Por qué decidió estudiar Obstetricia y Puericultura? 2. ¿Por qué en esa universidad? 3. ¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educacionales, entregados por la universidad en la que estudia? 4. ¿Qué opina de los valores que imparte su universidad?
--	--

	<ol style="list-style-type: none">5. En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa su universidad el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?6. ¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?7. ¿Considera que su universidad entrega herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización?8. Dentro de la malla curricular de su carrera, ¿existe algún momento en el que impartan enseñanzas sobre una atención diferenciada hacia quienes desean no ser madres?9. ¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?10. En relación al aborto, desde su perspectiva, ¿qué le parece esta decisión?11. Desde la perspectiva o enseñanzas de su universidad, ¿cómo abordan esta decisión?, ¿lo conversan dentro de algún ramo o no se le da tanta importancia?, ¿Les dicen el trato que deberían tener con personas que hayan abortado?12. En caso de haber realizado alguna práctica o internado, ¿ha presenciado situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes? O quizás en el análisis de casos, ¿sus profesores/as han planteado cómo se deberían abordar situaciones de una manera más integral y respetuosa con la paciente?
--	---

3.3 Universo

De acuerdo con Carrasco (2009), el universo de una investigación se debe comprender como un “conjunto de elementos –personas, objetos, sistemas, sucesos, entre otras- finitos e infinitos, a los que pertenece la población y la muestra de estudio en estrecha relación con las variables y el fragmento problemático de la realidad, que es materia de investigación” (p.236).

Con la finalidad de especificar el universo de esta investigación, se debe conocer que, en el sistema de educación superior de Chile, existen 55 universidades. De ellas, solo 24 universidades imparten la carrera de Obstetricia y Puericultura en distintas regiones del país, con un total de 11.631 alumnos/as matriculados/as en 2021, cuyos datos se encuentran detallados en las siguientes tablas.

Tabla 3: Universidades existentes en Chile⁷

Nombre de las universidades	
Pontificia Universidad Católica de Chile	Universidad de los Andes
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso	Universidad de los Lagos
Universidad Academia de Humanismo Cristiano	Universidad de Magallanes
Universidad Adolfo Ibáñez	Universidad de O'Higgins
Universidad Adventista de Chile	Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación
Universidad Alberto Hurtado	Universidad de Santiago de Chile
Universidad Andrés Bello	Universidad de Talca
Universidad Arturo Prat	Universidad de Tarapacá
Universidad Austral de Chile	Universidad de Valparaíso
Universidad Autónoma de Chile	Universidad de Viña del Mar
Universidad Bernardo O'Higgins	Universidad del Bio-Bio
Universidad Bolivariana	Universidad del Desarrollo
Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez	Universidad Diego Portales
Universidad Católica de la Santísima Concepción	Universidad Finis Terrae
Universidad Católica de Temuco	Universidad Gabriela Mistral
Universidad Católica del Maule	Universidad La República
Universidad Católica del Norte	Universidad Mayor
Universidad Central de Chile	Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación
Universidad de Aconcagua	Universidad Miguel de Cervantes

⁷ Información obtenida desde el sitio web del Ministerio de Educación <https://www.mineduc.cl/>. Revisado en 2022.

Universidad de Antofagasta	Universidad Pedro De Valdivia
Universidad de Artes, Ciencias Y Comunicación - Uniacc	Universidad San Sebastián
Universidad de Atacama	Universidad Santo Tomás
Universidad de Aysén	Universidad SEK
Universidad de Chile	Universidad Técnica Federico Santa María
Universidad de Concepción	Universidad Tecnológica de Chile Inacap
Universidad de La Frontera	Universidad Tecnológica Metropolitana
Universidad de La Serena	Universidad de Las Américas
Universidad Los Leones	

Tabla 4: Universidades de Chile que imparten la carrera de Obstetricia y Puericultura y número de matriculados/as.⁸

Nombre universidad	Número de matrícula total 2021	Número de matrícula 1er año 2021
Universidad de Chile	597	106
Universidad de Santiago de Chile	381	56
Universidad de Valparaíso	589*	111*
Universidad de Antofagasta	263	35
Universidad de la Frontera	279	44
Universidad de Talca	199	62
Universidad de Atacama	333	59
Universidad de Tarapacá	378	67
Universidad de Los Lagos	103	102
Universidad Diego Portales	326	39
Universidad de Aysén	116	27
Universidad de los Andes	218	30
Universidad de Concepción	613	100
Universidad Austral de Chile	299	55
Universidad Central de Chile	93	47
Universidad Mayor	701*	101*
Universidad SEK	201	40
Universidad Andrés Bello	1.255**	241**
Universidad de Viña del Mar	343	94
Universidad Autónoma de Chile	999**	158**
Universidad Adventista de Chile	281	53
Universidad San Sebastián	1.821 ***	404 ***
Universidad del Desarrollo	322	113
Universidad Bernardo O'Higgins	921	94
TOTAL	11.631	2.238

⁸ Información obtenida desde <https://www.mifuturo.cl/buscador-de-estadisticas-por-carrera/>. Revisado en 2022.

*Universidades que cuentan con más de 1 sede

** Universidades que cuentan con más de 2 sedes

***Universidades que cuentan con más de 3 sedes

3.4 Población

De acuerdo con López (2004), la población de una investigación se debe entender como el “conjunto de personas u objetos de los que se desea conocer algo” (p.69). Asimismo, Hernández, Fernández y Baptista (2014) señalan que la población corresponde al “conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p.174).

De esta forma, en relación a las 55 universidades que existen en Chile y los 11.631 alumno/as matriculados/as en 2021 en la carrera de Obstetricia y Puericultura -quienes componen el universo de esta investigación-, se realizó un proceso de discriminación en el que se focalizaron las universidades que la imparten en la región del Biobío. Por esta razón, 3 universidades son las que coinciden con este criterio y cuentan con 1.656 matrículas en 2021, sobre las cuales se estableció la población de esta investigación.

Tabla 5: Universidades de la Región del Biobío que imparten la carrera de Obstetricia y Puericultura.

Nombre universidad	Número total de matriculados/as 2021	de	Matriculados/as 1er año 2021
Universidad San Sebastián	565		107
Universidad de Concepción	613		100
Universidad Andrés Bello	478		73
TOTAL	1.656		280

3.5 Sistema muestral y muestra

Por un lado, Hernández, Fernández y Baptista (2014) plantean que la muestra es un “subgrupo del universo o población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de ésta” (p.173).

Por otro lado, el muestreo definido por Mata (1997) “consiste en un conjunto de reglas, procedimientos y criterios mediante los cuales se selecciona un conjunto de elementos de una población que representan lo que sucede en toda esa población” (p.19).

Con la finalidad de llevar a cabo esta investigación se utilizó dos tipos de muestreo; un tipo de muestreo para elegir las universidades a la que pertenecen los estudiantes y otro tipo de muestreo para elegir a los/as entrevistados/as.

Para escoger las universidades se utilizó el muestreo no probabilístico que se caracteriza por ser una técnica de muestreo que “no realiza procedimientos de selección al azar, sino que se basan en el juicio personal del investigador para realizar la selección de los elementos que pertenecerán a la muestra” (Vázquez, M.G, 2017, p.9).

En este caso, la elección de la Universidad de Concepción y la Universidad San Sebastián está determinada porque son las dos universidades de la región que llevan más tiempo con la carrera en régimen.

Si bien para escoger las universidades se eligió un tipo de muestreo no probabilístico, para elegir a los entrevistados/as que formaron parte de la investigación se optó por la muestra de participantes voluntarios. “Esta clase de muestra también se le puede llamar autoseleccionada, ya que las personas se proponen como participantes en el estudio o responden a una invitación” (Battaglia, 2008, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2014, pp. 386-387).

La invitación para participar de la investigación, consistió en publicar un afiche en las redes sociales Instagram y Facebook con información sobre la temática a tratar y, además, los datos de contacto de la investigadora. Lo anterior, con la finalidad de contactar a estudiantes de Obstetricia y Puericultura que cursaran entre el primer y quinto año de la carrera, para ser entrevistados vía zoom por aproximadamente 45 minutos.

En relación a la cantidad de voluntarios para conformar la muestra, Pineda (1994, como se citó en López 2004) plantea que “el tamaño de la muestra depende de lo que se desee estudiar, de su propósito, de lo que será útil, de lo que se puede lograr según el tiempo y los recursos disponibles” (p.112). Por lo que el universo estuvo conformado por 7 estudiantes de la Universidad de Concepción y 7 estudiantes de la Universidad San Sebastián.

Capítulo IV: Resultados

4.1 Aplicación de la metodología

Con la finalidad de analizar la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián, para evidenciar tendencias en las representaciones emergentes, se utilizó la técnica de análisis de contenido interpretativo para el análisis de las respuestas obtenidas, tras la aplicación de la entrevista.

González (2000), señala que dicha técnica "no es un simple recuento de datos, sino una estrategia que implica la construcción de categorías de análisis, que se elaboran a partir de los datos y permiten la identificación de patrones, temáticas, tensiones, contradicciones y discursos implícitos" (p. 125).

Para cumplir con lo anteriormente planteado, se utilizó como instrumento la matriz de vaciado, que permitió organizar y sintetizar los datos recopilados en las entrevistas aplicadas al estudiantado mencionado.

4.2 Resultados

Tras realizar 14 entrevistas en total, en las cuales participaron 7 estudiantes pertenecientes a la Universidad de Concepción y 7 estudiantes pertenecientes a la Universidad San Sebastián, respectivamente, se transcribieron los audios de dichas entrevistas y posteriormente se organizaron las citas más significativas de sus relatos en cuatro tablas, correspondientes a dos categorías dependientes de los objetivos específicos de la investigación, los cuales corresponden a:

- 1) Estereotipos de género presentes en la construcción discursiva referida a la no maternidad en estudiantes
- 2) Influencia de los factores éticos, valóricos y educacionales en la representación discursiva de la no maternidad en estudiantes

Luego de definir las categorías mencionadas anteriormente, surgieron subcategorías que desglosan y abordan -en el caso de la primera categoría- distintos estereotipos referidos a la maternidad, no maternidad, así como también estereotipos referidos a la crianza, estereotipos de género en la salud, estereotipos presentes en carrera Obstetricia y Puericultura, entre otros.

En el caso de la segunda categoría, se abordan temas relacionados a los factores éticos, valóricos y educacionales presentes en la construcción discursiva referida a la no maternidad, configurada por los estudiantes de ambas universidades. En ella se encuentran: el abordaje de la no maternidad en las universidades en relación a dichos factores, la influencia de los factores éticos, valóricos y educacionales, incidencia de la imposición de valores o creencias propias por sobre los pacientes y el abordaje del aborto dentro de las casas de estudio al momento de enseñar.

Tabla 6: Categoría N°1: Resultados obtenidos en relación a los estereotipos de género presentes en la construcción discursiva referida a la no maternidad en estudiantes de la Universidad de Concepción

Subcategoría	Respuestas entrevistadas
Estereotipo de la maternidad	<p>“Desde la antigüedad se ha creado la idea de que la única obligación de la mujer es ser madre, el único objetivo de la mujer es ser madre. Entonces es un constructo social” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“La forma en la que vemos la maternidad y en la que la hacemos, depende de cómo nos enseñan. El ver la maternidad como una obligación, evita que se haga de buena manera” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“La carrera de obstetricia se enfocan más en mujeres embarazadas o que están atravesando ese proceso. Siempre se habla más de mujeres gestantes o mujeres que ya han sido madres y son pocos los casos donde ponen ejemplos de mujeres que deciden sobre su maternidad” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“La sociedad espera mucho de las mujeres o bueno, las personas gestantes y siempre está la expectativa de casarse, tener hijos. (...) El que nosotras seamos capaces de gestar, es un regalo pero tampoco quiere decir que sea obligatorio para todas porque hay mujeres que no lo desean. Somos más que solamente una incubadora o un cuerpo que va a dar otra vida, sino que podemos desarrollarnos de otro tipo de formas, como por ejemplo profesionalmente” (Alumna 4, tercer año).</p> <p>“El proceso que involucra la maternidad es mucho más complejo de tener un bebé o no. Tiene que ser algo planeado y deseado porque ese feto luego va a ser un bebe, un niño y después va a ser un adulto” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Hay muchos roles asociados a la maternidad y normalmente no se separará a la mujer de ser madre (...) no creo que la mujer esté destinada a ser madre. Claro que tiene la capacidad reproductiva de ser madre pero realmente no todas las mujeres pueden serlo, por infertilidad o el tema de la mujeres trans que tampoco pueden serlo” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Hay un sistema cultural sobre a qué edad hay que ser madre. Se juzga si uno es madre a los 16, porque es a muy temprana edad o sino cuando tienen 30 y aún no lo son (...) está pensado que las mujeres estamos hechas para reproducir a otro ser” (Alumna 7, quinto año)</p>

<p>Estereotipo de una buena madre</p>	<p>“Debe ser quien se preocupa de los distintos ámbitos del niño o niña en cuestión. Tanto en el ámbito económico como mantención emocional (...) darle todo lo que necesita para crear un ambiente seguro y que sea sano tanto mental como físicamente” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“Tiene que desearlo y debe estar bien informada (...) la experiencia de una mamá primeriza no va a ser igual que cuando lleva varios años. Es un proceso, evolución constante” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Es importante que sea cariñosa, divertida y trabajadora pero no solamente en el sentido de trabajar formalmente, sino que maternar también es un trabajo (...) que sea compañera de sus hijos” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Responsable en todo aspecto, estar presente y estable en todos los aspectos, tanto económicamente como emocionalmente porque si una madre tiene algún trauma que lleve desde su infancia también afectará de forma negativa a su familia, hijo y todo el entorno”. (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“No sé si hay buenas o malas mamás, yo creo que ahí entramos también como con estereotipos de que si cumple o no con lo esperado” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Tiene que velar por su bienestar y por el bienestar de su hija. Es muy importante que ella igual se cuide porque si la madre no está bien, claramente no va a poder brindar el mejor cuidado a sus hijos” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Es difícil caracterizarla porque por ejemplo, veo hartas mamás con depresión postparto y que a veces dejan de tener atención por su recién nacido (...) es difícil juzgar por la actitud a una buena mamá, porque pudo haber sido un embarazo planeado pero lo que aconteció durante ese embarazo, pudo haber cambiado las perspectivas y generar algún tipo de depresión o una psicosis postparto” (Alumna 7, quinto año)</p>
<p>Estereotipo de un buen padre</p>	<p>“Está la creencia de que el padre mantiene y la madre es la que se queda al cuidado, creencia que debería dejarse de lado porque el padre no es un banco, el debería contener emocionalmente, entregar apoyo y cariño, tanto como en lo económico”. (Alumna 1, primer año)</p> <p>“A un buen padre lo caracterizaría igual, necesita lo mismo que la madre”. (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Deberían tener lo mismo, ser divertido, ser trabajador, pero no solamente en el sentido laboral, sino que también en cosas de la casa y que ambos estén en las buenas y las malas” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Lo caracterizaría igual, con estabilidad emocional, financiera, etc y que sea responsable” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Es más fácil ser buen papá que buena mamá. Siento que un buen papá es aquel que está presente, no solo económicamente sino que se involucra en la paternidad” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Lo caracterizaría de la misma manera que a la madre. Que se preocupe de sus hijos y que también se cuide él para que así tenga la capacidad de cuidar a otros” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Está bien estereotipado porque desde la clínica se llama a un buen papá, a quien acompañará a los controles de embarazo, el que está presente en el parto” (Alumna 7, quinto año)</p>
<p>Estereotipos en la crianza</p>	<p>“Debería ser una coparentalidad en vez de unos roles definidos (...) ambos son padres por ende la responsabilidad es de ambos deberían compartirlas” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“Dejarle el peso a una personas es mucho, es abismal” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Muchas veces se le deja la responsabilidad sólo a la mujer (...) siento que deberían tener la misma responsabilidad” (Alumna 3, tercer año)</p>

	<p>“El padre también debe ser responsable al 50% y 50%, al igual que la madre. (...) Todavía existen ciertas tareas que se asocian más a lo femenino y a lo masculino, en el sentido de la crianza. Pero si si lo llevamos a la biología, ambos aportan lo mismo” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“La crianza compartida debería ser lo normal” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Es importante ver la crianza como una dupla” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Sería favorable que hubiera más apoyo de los padres con sus parejas porque generalmente se asocia a la madre con el cuidado de sus hijos y el padre al trabajo” (Alumna 7, quinto año)</p>
<p>Estereotipo de la no maternidad</p>	<p>“Si una mujer no quiere ser madre, por cualquier razón o simplemente no se siente preparada, o no siente la vocación de serlo es completamente válido, no todos nacemos para lo mismo”. (Alumna 1, primer año)</p> <p>“Es una decisión personal, lo principal de la maternidad es ser deseada”(Alumna 2, segundo año)</p> <p>“No todas las mujeres están destinadas o no todas tienen ese instinto maternal, y realmente si tú no quieres tener hijos o no estás dispuesta a los sacrificios que conlleva esto, puede generarte un tremendo daño” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Decisión súper respetable, si uno no se siente preparada para tener un hijo de cualquier forma o si realmente no siente el deseo de tener hijos, está súper bien (...) Gracias a Dios ahora, contamos con hartos métodos para poder cuidarnos o para poder decidir sobre nuestra reproducción y nuestra vida en pareja” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Es válida” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Súper respetable, es importante que desde el sector de la salud avancemos hacia entender que no todas las mujeres quieren ser madres”. (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Es una decisión personal y es totalmente válida” (Alumna 7, quinto año)</p>
<p>Estereotipo clínico sobre la no maternidad</p>	<p>“He escuchado que hay personas que se quieren esterilizar después de una cesárea o un parto y les dicen que no porque aún pueden seguir teniendo hijos (...) Los doctores terminan decidiendo por las pacientes”. (Alumna 1, primer año)</p> <p>“Cuando un hombre quiere hacerse la vasectomía no es tan cuestionado pero cuando una mujer quiere hacerse la ligadura de trompas es cuestionada” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Se dice que no ser madre está relacionado al cáncer de mamá pero habría que revisar esa información. Si no puede ser utilizada para atormentar con respecto a decisiones relacionadas con su maternidad” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Según lo que se nos enseña yo diría que es lo contrario. Que las mujeres que tienen más hijos tienen riesgo de padecer más enfermedades” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Nos mencionan que tener hijos es menos riesgoso para tales cosas, pero también es más riesgoso para otras. Es información que las usuarias deben saber pero no es con el fin de atormentar y decir "tienes que tener hijos porque es el fin reproductivo de la mujer". (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Respecto a las enfermedades no se le da una mirada negativa pero sí respecto a que ser madre tiene ciertos favores. Por ejemplo, amamantar disminuye las posibilidades de cáncer de mama. O sea tampoco es que no ser madre las vaya a aumentar, simplemente disminuye. Aunque si existen visiones negativas respecto a las decisiones que pueda tomar esa mujer sobre su maternidad” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“No se dice los riesgos pero sí a veces los beneficios. Por ejemplo, los beneficios que da la lactancia es que para prevenir cáncer y cosas así, pero de riesgo como tal no” (Alumna 7, quinto año)</p>

<p>Estereotipo en la atención de pacientes que deciden no ser madres</p>	<p>“Como personal de la salud no deberíamos tener incidencia en la opinión de un paciente respecto a su reproducción (...) el personal de salud de más edad puede llegar a ser más prejuiciosos y decir que las mujeres son inmaduras por no ser madres” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“Es una traba cuando el profesional no sigue el pensamiento de su usuaria (...) si el profesional le dice “tú tienes que tener hijos para ser una persona llena” eso le afectará de manera psicológica y no está entregando la calidad de atención que necesita” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Los profesionales del área de la salud deberían entender que la maternidad es una decisión que cada mujer toma y por ejemplo, hay que tener mucho cuidado cuando se les pudiera llegar a decir <i>“no quiso tener hijos por inmadurez”</i>, porque quizás tuvo un aborto o problemas de infertilidad” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Se cuestiona más cuando se entregan anticonceptivos o cuando se requieren métodos anticonceptivos más drásticos como una ligadura de trompas (...) se le cuestiona el hecho de por qué no quiere tener hijos y les dicen “pero si son tan bonitos”, “es lo mejor que te va a pasar en la vida” o en muchos casos se asocia a una enfermedad mental, las tratan de locas, que luego se van a arrepentir” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Se hacen muchos juicios de valor todavía en la profesión, sobre todo en la clínica. O sea esos comentarios vendrían de gente con más edad en la carrera y que no tienen tanto miedo a la repercusión legal que se puede tener acerca de los juicios de valor, (...) comentarios pasivos agresivos como tratarlas de “inmaduras” o que están “desaprovechando” su capacidad de gestar” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Lo he visto en formas más de negar atenciones por el hecho de no querer ser madre. También he visto que frente al tema de la anticoncepción no se les ofrece toda la gama (...) le recomiendan tomar pastillas o inyecciones “porque quizás quieran ser madres en uno o dos años”. (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Podría generar una mala atención, generalmente se les dice que van a quedar solas toda la vida o que no van a tener quien las cuide cuando sean viejas. Al final la persona se aleja de preocuparse por su salud sexual y reproductiva porque quizás a lo mejor no está tan ligada a lo maternal, pero se pierden de sus controles de ITS” (Alumna 7, quinto año)</p>
<p>Estereotipos de la carrera Obstetricia y Puericultura</p>	<p>“Siempre dicen que todas son mujeres y la verdad es que no es así porque igual tengo algunos compañeros. Además, dicen que todos los hombres que entran a estudiar la carrera es porque son homosexuales (...) también se piensa que la carrera se centra en el embarazo de la mujer”. (Alumna 1, primer año)</p> <p>“A un compañero le dijeron que era perverso y que entró a la carrera solo porque querían ver a las mujeres desnudas, cuando en realidad le gustaba la carrera. Es algo que a mí nunca me lo dijeron o nunca cuestionaron mi sexualidad por entrar a la carrera”. (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Solo atendemos a mujeres y en realidad no es tan así porque también podemos atender hombres. Quizás no podemos hacerle ciertos tratamientos porque para eso hay otros profesionales pero para temas de solicitud de exámenes de infecciones de transmisión sexual sí podemos” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“En mi curso son tres varones de 90 mujeres y dicen que los hombres que estudian obstetricia son homosexuales (...) también, se piensa, que las mujeres somos más libertinas y que tenemos una vida sexual muy activa. Estamos muy hipersexualizadas”. (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“He escuchado que está ligado solo a sacar bebés y que solo lo estudian las mujeres, aunque la verdad hay pocos hombres de la carrera” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Siempre dicen que es una carrera para mujer (...) muchas veces en los hospitales prefieren a los alumnos de obstetricia hombres, netamente porque tienen más fuerza o cosas así” (Alumna 6, quinto año)</p>

	<p>“Es una carrera solo para mujeres (...) está hecha socialmente para mujeres. He tenido compañeros que en prácticas clínicas las usuarias los han echado de la sala, porque no quieren ser atendidas por un hombre y que ese hombre vea sus partes íntimas. Otro estereotipo que he escuchado, es que las nuevas generaciones de matronas tenemos que estar 100% de acuerdo en el aborto” (Alumna 7, quinto año)</p>
<p>Estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva</p>	<p>“Los doctores tienden a menospreciar a las otras carreras de la salud que ellos consideran inferiores (...) otro estereotipo, es que si una mujer acude a una consulta de obstetricia y la atiende un hombre, la mujer sentirá más confianza con una matrona” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“En el hospital la jerarquía está muy marcada, a los médicos se les trata con mucho respeto pero entre colegas es más normal. Se alaga mucho a los médicos. Se entiende que los médicos tengan más años de estudio pero eso no quiere decir que nuestra voz es inferior” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Los ginecólogos en las prácticas se sienten con ese poder de retarte o echarte de la sala porque no son tus profesores. Dicen que luego eso se equipara por los años de experiencia pero al principio abusan de una posición de poder por la profesión”. (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Los estereotipos de género afectan a todos los niveles pero mucho más cuando se trata de la salud sexual de las mujeres (...) A las matronas se nos cree más débiles porque somos mujeres o porque no tenemos la calidad de tratar con "pacientes difíciles". (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“El hecho de trabajar con hombres, estudien obstetricia o no, ellos van a tener más peso frente a nosotras (...) Realmente no es que sepan más que nosotras sino que desde pequeños les enseñan que serán escuchados sí o sí y por ende, les dan más seguridad” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Respecto a la contratación de mujeres, pues se les relaciona a la maternidad, cuesta mucho más para una mujer encontrar un contrato fijo que para un hombre. Además de la jerarquía entre colegas. Personalmente no me ha tocado vivir esas situaciones pero siento que hay una sobre exigencia personal para demostrar que somos capaces” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“En las prácticas de hospital, la mayoría somos puras matronas y los médicos son hombres, ginecólogos hombres, entonces ahí sí se genera cierta desigualdad de poder. A veces estábamos asistiendo en un parto y llegaba el ginecólogo y sin ninguna pregunta se metía en nuestro procedimiento. Entonces quizás sí se ejerce una relación de poder por sexo, debido a que son puros hombres ginecólogos” (Alumna 7, quinto año)</p>
<p>Importancia de la perspectiva de género en la malla curricular y posteriores prácticas profesionales</p>	<p>“Es completamente importante, por ejemplo, las personas transexuales se deberían poder atender con una obstetra ejerciendo su elección de sexo sin discriminación” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“Es muy importante. Es algo que nos han intentado inculcar, tener ciertos cuidados con la discriminación y la violencia obstétrica, porque al final no es solo dar una atención, sino darla de buena forma y que la persona se sienta conforme con la atención” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Es muy importante tener atenciones libres de estigmas y respetuosas” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Es la clave para poder romper estos estigmas y también es algo que se nos inculcan a todos nosotros dentro de nuestra formación (...) al igual que el tema de la perspectiva de género y las disidencias sexuales” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Hay clases sobre el enfoque de género pero en la práctica es muy distinto. En la universidad es todo muy utópico, dicen que el parto debe ser respetado, pero al final cuando vamos a las prácticas uno se queda callado porque te la puedes echar si dices algo” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Es necesario tener una perspectiva de género. Muchas veces se da que las usuarias dejan pasar el tiempo y no se realizan, por ejemplo, el pap (Prueba de Papanicolaou), porque no tienen tiempo entre la casa y los hijos” (Alumna 6, quinto año)</p>

	“Debería ser así, porque igual así nos enseñan” (Alumna 7, quinto año)
--	--

Tabla 7: Categoría N°2: Resultados obtenidos en relación a Influencia de los factores éticos, valóricos y educacionales en la representación discursiva de la no maternidad en estudiantes de la Universidad de Concepción

Subcategoría	Respuestas entrevistadas
Razón para estudiar Obstetricia y Puericultura	<p>“Siempre me gustó la idea de ayudar en ese proceso, educar y concientizar sobre la salud sexual. Además, el hecho de que tuve varios casos cercanos de violencia obstétrica y quería marcar la diferencia”. (Alumna 1, primer año)</p> <p>“Puedo hacer una diferencia en las personas (...) no estoy aquí como para salvar vidas porque es imposible pero sí podemos mejorar la calidad de salud de esas personas” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Por la desinformación en relación a la salud sexual y reproductiva. (...) Hay muchas mujeres que tienen entre 30 o 40 años y recién a esa edad se enteran que existe el clítoris. Entonces siento que podemos tener un impacto muy positivo en las personas” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Quiero ayudar en países de escasos recursos y atender partos. Porque en países como por ejemplo, Haití o países en guerra, la tasa de mortalidad es muy alta entonces la matronería ayuda mucho” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Al principio porque tenía que estudiar algo. Ni siquiera sabía que era la obstetricia realmente pero es imposible no encantarse con la profesión” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Me gusta la neonatología. Siento que es una carrera muy bonita, en ese sentido da bastantes alegría. También decidí estudiarlo por las mujeres. Siento que en la mayoría de los casos, el dolor de la mujer no se toma en cuenta” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Por la labor social que tiene (...) me gustó mucho cómo podíamos llegar a la sociedad, a escolares y bueno ahora me he dado cuenta que hasta a adultos mayores” (Alumna 7, quinto año)</p>
Decisión de universidad	<p>“Mis papás estudiaron acá y porque no me quería ir a Santiago” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“Porque ir a Santiago a estudiar era difícil para mí y bueno la Universidad de Concepción está adscrita a gratuidad” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Me gusta porque es bonita, me gusta el campus y también por familia. Yo creo que inconscientemente también se ve el tema del prestigio” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Siempre quise estudiar en Concepción porque es una ciudad que queda cerca de donde vivo (...) Me guíe por el tema de los campos clínicos, porque nosotros en general hacemos práctica en hospitales súper reconocidos dentro de la región” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Según lo que sabía en ese tiempo era que era una buena universidad” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Soy de Lota pero me queda mucha más cerca que haberme ido a Santiago, entonces fue por descarte. Era la que tenía más prestigio y eso igual influye al momento de buscar trabajo” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Por el prestigio que tiene y por el campus porque es bonito. En general siento que no es tan desigual en comparación con otras universidades. Me he relacionado con gente de otras universidades y siento que su malla está más actualizada, sin embargo nuestros conocimientos también son actuales” (Alumna 7, quinto año)</p>
Factores éticos presentes en	<p>“No solamente vemos el dolor físico del paciente, debemos enfocarnos en el área social y el contexto psicosocial. Por eso es muy importante que no nos hagan máquinas de parir, sino</p>

<p>los relatos de entrevistados</p>	<p>que somos personas y tenemos que demostrar humanidad frente a los pacientes”. (Alumna 1, primer año)</p> <p>“Nos han intentado inculcar, tener ciertos cuidados con la discriminación y la violencia obstétrica, porque al final no es solo dar una atención, sino darla de buena forma y que la persona se sienta conforme con la atención (...) es importante porque muchas veces olvidamos que estamos atendiendo a personas” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Tuve un ramo de ética el año pasado pero era más enfocado en la ética de nuestra profesión que en temas más generales” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Se nos habla mucho de la ética, de cómo debemos tratar a una paciente, porque deberíamos entender que una gestación y un parto es el momento más relevante para muchas mujeres y muchas cosas que pasan ahí, van a quedar marcadas de por vida” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Nos dicen que las creencias de uno tienen que estar fuera al momento de atender una persona” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Sobre la ética en el ejercicio de la profesión lo aprendí más desde otros profesores, como la profesora de (ginecología o neonatología) en comparación al ramo de ética en sí porque no estaba muy enfocado en la salud, era más ética en general” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Tenemos un ramo que se llama ética y bioética” (Alumna 7, quinto año)</p>
<p>Factores valóricos presentes en los relatos de entrevistados</p>	<p>“Siendo estudiante de obstetricia, uno elige si pertenece a alguna religión pero hay muchas cosas que la religión no te permite hacer (...) resulta esencial para la carrera que la universidad no esté regida por una religión” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“La religión es una traba (...) es importante que la universidad y cualquier centro educativo sea laico”. (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Hay universidades donde no se puede hablar de ciertos temas, quizás universidades más privadas o religiosas no lo permiten pero la Universidad de Concepción siempre se ha caracterizado por ser una universidad muy variada en temas políticos y religiosos, entonces puedes dar tu opinión libremente” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Además de que se nos entrega conocimiento científico, que es la base de nuestra carrera, también se nos entrega conocimiento sobre tratar a los pacientes de una forma más humana. (...) Los valores de la universidad son el desarrollo libre del espíritu, entonces no nos imponen nada” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Por mi ojalá no existieran las universidades religiosas o que no fueran laicas. Porque por ejemplo, hay universidades en Chile donde no se enseñan métodos anticonceptivos (...) entonces que la religión todavía sea tan inculcada, no permite avances” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“La universidad tiene un enfoque a favor de que cada uno decida y de empoderar a cada persona con sus decisiones en la salud” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Tenemos muchos ramos relacionados con todo lo que es, aparte de la ética profesional, el trato de los pacientes” (Alumna 7, quinto año)</p>
<p>Factores educacionales presentes en los relatos de entrevistados</p>	<p>“Cuando revisé el tema de las mallas curriculares no entendía por qué la Udec era tan humanista, se centra mucho en el tema ético (...) es sumamente importante el tema tanto ético como social” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“Las profesoras son bastante abiertas en responder preguntas” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Yo creo que la postura de las profesoras es que son bien pro aborto” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Los profesores/as son un siete, personas con mucha experiencia, muy preparados con hartos estudios y fuera de eso también son muy humanos y empáticos”. (Alumna 4, tercer año)</p>

	<p>“No es la mejor universidad, tiene muchas cosas malas, mucho atrasos, pero algo a favor es la calidad de profesoras (...) no hay profesoras que enseñen con prejuicios, son todas muy abiertas de mente” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Nos han inculcado harto darle a conocer al usuario el abanico de posibilidades que tiene y explicarle desde la medicina y el enfoque científico qué es lo mejor, pero finalmente ellos tienen el liderazgo respecto a su salud” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Nos enseñan de leyes, para ir preparado en esa área legal también” (Alumna 7, quinto año)</p>
<p>Decisión de no querer ser madre bajo los factores éticos, valóricos y educacionales entregados por la universidad</p>	<p>“No lo hemos conversado mucho porque igual llevamos poco tiempo (...) si una mujer llega a buscar métodos anticonceptivos, nunca se les puede negar. Porque es decisión de cada uno cómo cuida su cuerpo, si desea ser madre o no” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“No he tenido muchas clases prácticas, he tenido más clases teóricas y si se ha conversado, no una clase en específico sobre eso pero sí en distintas clases”. (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Yo creo que no le dan tanta importancia por lo mismo que te decía antes, siempre se enfocan más en la maternidad. Entonces la no maternidad no se menciona mucho pero es porque la carrera igual abarca más la maternidad” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Uno como matrona no puede obligar a la paciente a hacer algo que no quiera, uno siempre por sobre cualquier cosa, tiene que respetar lo que se haga o lo que la paciente quiera” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Como malla curricular o clase no hemos visto nada que sea relacionado a la maternidad no deseada o aborto. Aunque sí el aborto espontáneo y lo que puede suceder, pero no nos han entregado las herramientas para saber qué hacer en casos de maternidad no deseada (...) Aunque visto desde el ámbito no curricular, muchas veces se hacen talleres a nivel de la carrera sobre el aborto con plantas medicinales o hay información acerca del tema. Pero como los profesores se rigen por el código sanitario, deben mencionar lo que es legal” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Se abarca pero realmente no está establecido en ningún ramo de la malla, sino que es netamente de voluntad de la docentes y ellas lo enfocan más en que cada usuaria debe decidir sobre ella” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Por ejemplo, una clase de mujeres que desean no ser madres, no lo hemos visto. Pero sí en comentarios y conversaciones pero como instruir como tal, no” (Alumna 7, quinto año)</p>
<p>Imposición de valores o pensamientos propios de los estudiantes al momento de atender a una paciente</p>	<p>“En el caso de la atención uno como matrona se tiene que adaptar, no puede imponer sus valores o creencias por sobre el otro porque piensa que es superior” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“La forma en que pensamos y nuestros propios prejuicios afectan, y de cierta forma podemos deshumanizar a la usuaria, ataca la autonomía del paciente”. (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Independientemente de la posición o del valor que tenga, debe darle a la usuaria todas las herramientas, toda la información, independientemente de que quizás yo no abortaría o no utilizaría ciertos métodos. Debemos centrarnos en darle todas las opciones y que ella luego decida” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Hay que darle opciones a la persona y que ella sea libre de elegir lo que ella quiera, y en este caso nuestro rol no es el de juzgar ni el de mirar mal a la persona, sino apoyarla en su decisión y que ella también confíe en nosotros” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“No se puede hacer. Son contextos distintos (...) no debemos entrometernos” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Lo encuentro terrible, es una falta tremenda a la ética profesional. Creo que cada uno puede tener la posición política, religiosa que desee pero no tienen por qué entrometerse en lo que el usuario decida” (Alumna 6, quinto año)</p>

	<p>“Estoy en desacuerdo. Donde más se impone lo que uno quiere es con los anticonceptivos porque hay muchas opciones de anticonceptivo y generalmente a las usuarias se les dice "tómame esto o ponte eso" (Alumna 7, quinto año)</p>
<p>Atención integral en mujeres que deciden optar por la no maternidad</p>	<p>“Nos enseñan mucho la autonomía del paciente, que uno puede aconsejarlo, guiarlo pero nunca decidir por él, respetar todas las decisiones de nuestros pacientes (...) atender bien al paciente, incluso cuando la maternidad no es deseada (Alumna 1, primer año)</p> <p>“Eso yo creo que lo entregarían en los ramos clínicos, y yo todavía no paso por ahí” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Nos han dicho que la esterilización es algo que no se les puede negar independientemente que haya o no haya tenido hijos pero la verdad no se habla tanto” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Abarcamos desde los procedimientos de fertilidad hasta los de esterilización, pero más que nada se nos inculca todo el respeto para quienes quieren ser madres como para quienes no quieren ser madres”. (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Siento que no se toca el tema. Usualmente dicen "sí después de la cesárea puede hacerse una esterilización" pero ni siquiera se cuestiona el hecho de que existan mujeres que no desean la maternidad, se asume que va a querer ser madre de nuevo”. (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Nos entregan información respecto a orientar a la usuaria en qué consiste el procedimiento. Otra cosa, que no está reglamentado por la malla de la carrera pero las docentes sí lo comentan, es que si una usuaria nos pide algo muy en concreto (como la esterilización) y nosotras no podemos realizarlo, derivar a otro colega que sí lo haga” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Tenemos muchos ramos relacionados a la atención integral pero enfocados en general, no específicamente a la no maternidad. Siempre se nos dice que debemos respetar las decisiones de las usuarias”. (Alumna 7, quinto año)</p>
<p>Cómo debería ser una atención integral</p>	<p>“Debe tener un enfoque bio-psicosocial. Tiene que enfocarse tanto en la parte biológica y psicológica” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“Entender que todos los pacientes son distintos. Por ejemplo, cuando una persona va y le preguntamos qué método anticonceptivo utiliza, automáticamente damos por asumido que esa persona es heterosexual pero puede que sea lesbiana y ahí se necesitan métodos de barrera para evitar el paso de una infección sexual pero no necesariamente un método anticonceptivo” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Darle la información y aconsejarle qué podría ser mejor pero no obligarla a hacer algo. También es muy importante la atención a personas transexuales, tratarlos por su nombre social, hacer que se sientan cómodos y además asegurarme de que hayan entendido todo durante la atención” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“La persona que esté ejecutando la atención tiene que ser una persona preparada, conocimiento científico basado en evidencia científica y que tenga habilidades blandas, como el trato con los pacientes con los usuarios (empatía, respeto)” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Debemos adecuarnos al contexto de las personas, quizás es algo muy básico pero preguntar los pronombres de la persona, no asumir la orientación sexual o las conductas sexuales. Mantener siempre la mente abierta y educarnos porque sin querer podemos emitir conceptos equivocados” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Debe ser realizada por el personal del área correspondiente (...) además, siento que los profesionales deben bajarse del podio de "saberlo todo" y escuchar mucho más a sus usuarias, darle la confianza, recordarle que todo es confidencial y mantener un buen trato” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Respetar las decisiones del usuario, deberían mostrarse todas las opciones y también respetar, no definirle un género al paciente. Otra cosa que sucedía en las prácticas, era relacionar al padre de la guagua con la pareja de la madre, entonces eso a veces igual puede generar bastante incomodidades” (Alumna 7, quinto año)</p>

<p>Opinión de estudiantes sobre el aborto</p>	<p>“Es completamente válida porque no se debería por qué obligar a una mujer a ser madre si no quiere serlo. Incluso los métodos anticonceptivos siempre pueden fallar, ninguno es 100% efectivo. (...) Si una madre no quiere tenerlo y lo debe hacer por obligación, puede tener problemas psicológicos debido al rechazo” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“Debemos tener en cuenta la legalidad. Yo aunque esté a favor, no puedo darle las herramientas a una persona para que se realice un aborto, si es que fuera ilegal. Lo segundo, la atención finalmente es para la usuaria, no para el personal de salud, entonces puede que yo no esté de acuerdo pero si mi paciente lo necesita se debe hacer” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Soy pro aborto (...) se debe tener cuidado con el contexto de cada usuaria. Porque si yo viviera en un contexto de pobreza, donde en realidad voy a llevar este ser humano a vivir pobrezas o en un ambiente de drogas, lamentablemente esa persona no se va a desarrollar bien” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Yo personalmente no lo haría por un tema muy personal pero eso no quiere decir que yo tenga que impedirle a una persona practicarlo (...) es un momento súper delicado, así que no hay espacio para los prejuicios” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Estoy a favor del aborto, que sea libre. Aunque sí el período de interrupción tiene que ser menor a los tres meses” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Considero que es una decisión muy personal y muy difícil, creo que las mujeres que pasan por ese proceso necesitan todas las redes de apoyo posible. Empezando porque no debería ser ilegal, debería estar al alcance de todos y de forma segura” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Es válido. Cualquier persona tiene derecho a decidir si quiere ser madre o no, siento que la maternidad no se debería imponer” (Alumna 7, quinto año)</p>
<p>¿Cómo es abordado el aborto dentro de la universidad?</p>	<p>“Aún no hemos conversado netamente el tema del aborto pero sí lo hemos mencionado varias veces, ya sea el aborto espontáneo o los abortos voluntarios y se respeta mucho la opinión de la mujer” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“Hablamos de la legalidad y también lo que es mejor para la paciente, no para nosotros. Se entiende que existan profesionales que piensen que está mal hacerlo y no hay que obligarlas a hacerlo, sino que se puede derivar a otra persona que sí puede hacerlo” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“Desde la carrera también nos mencionan que si bien nosotros como matronas quizás contamos con la red de apoyo, puede que nuestras pacientes no. Entonces les va a costar mucho, por el tema económico. También hemos hecho varios debates en relación al aborto y yo diría que mencionan mucho el aborto espontáneo. Pero no nos mencionan el trato que deberíamos tener con pacientes que atraviesan por un aborto. Se ve más desde el ámbito clínico” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Nos enseñan sobre la contención emocional porque se entiende que es un momento fuerte. En caso de los abortos espontáneos, también se nos dan las herramientas tanto emocionales como médicas para poder tratar a esas personas. Considero que es algo que se aborda de buena manera” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Siento que no se habla en un ambiente con profesoras y alumnos o dentro de una clase pero sí entre compañeros o en prácticas donde llegan personas con un aborto espontáneo. Por ejemplo, si tenemos sospechas de que fue un aborto ocasionado y la usuaria dice que lo ocasionó, se debería denunciar. Obviamente va en el juicio de cada matrona denunciarlo o no pero dentro de clases se habla más del ámbito legal” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Lo vimos en ética y en otra clases y se nos enseña más sobre el hecho de que no debemos meternos en las decisiones de las pacientes y lo único que debemos hacer es acompañar, dar contención, mantener la confidencialidad y derivar si es necesario” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Por el tema legal y hay que entender que hoy en Chile todavía está el tema de las tres causas. Entonces más que nada el aborto iría por las tres causales. También nos explican</p>

	que por ejemplo, si llega una usuaria a urgencia o algún centro hospitalario y uno le ve que se realizó un aborto casero o cosas así, deberíamos denunciar. Pero de que se haga no sé, no me ha tocado la situación” (Alumna 7, quinto año)
Violaciones a los derechos sexuales y reproductivos	<p>“Como voy en primer año no lo hemos visto aún. Pero sí conozco casos aparte de la universidad, de familiares, que no les han permitido esterilizarse después de un parto porque aún estaban en edad fértil” (Alumna 1, primer año)</p> <p>“No he pasado por prácticas pero lo hemos dialogado y cuando se vulneran los derechos estamos llegando a la violencia obstétrica, que es muy terrible” (Alumna 2, segundo año)</p> <p>“En clases no mucho y no he pasado por prácticas ni nada es todavía. Pero es fuerte el tema de la violencia obstétrica, no se puede negar que existen esas situaciones pero en clases no lo hemos conversando” (Alumna 3, tercer año)</p> <p>“Aún no me toca ir a práctica pero sí se nos dan estos casos y este tipo de situaciones. En los casos clínicos nosotros debemos decir qué haríamos, lo resolvemos y después el profesor nos dice qué sería lo correcto para cada caso” (Alumna 4, tercer año)</p> <p>“Al menos las prácticas que he tenido han sido muy respetuosas. Y eso que fue rural. Ahora debo tener otra práctica que es donde recibimos a los bebés y ahí sí de da mucho esa situación (...) muchas veces son decisiones médicas que producen estas situaciones, cuando quizás se le podría consultar a la usuaria antes, explicarle bien el procedimiento y que ella decida” (Alumna 5, cuarto año)</p> <p>“Hasta ahora por suerte no me ha tocado ver nada por el estilo. Todas las matronas clínicas con las que he estado hacen mucho más de lo humanamente posible por sus usuarios (...) lo hemos visto en el análisis de casos desde el punto de vista de no hacer tratamientos correctos, de no hacer todo lo que deberíamos hacer” (Alumna 6, quinto año)</p> <p>“Son situaciones que pasan desapercibidas. Es lamentable, y nosotros como estamos en una situación menor, como estudiantes, no sabemos bien qué hacer o no se puede hacer mucho. A uno como estudiante le enseñan tantas cosas bonitas en lo teórico pero llegar a la práctica y vivir esa situación es fuerte” (Alumna 7, quinto año)</p>

Tabla 8: Categoría N°1: Resultados obtenidos en relación a los estereotipos de género presentes en la construcción discursiva referida a la no maternidad en estudiantes de la Universidad San Sebastián

Subcategoría	Respuestas entrevistadas/os
Estereotipo de la maternidad	<p>“He sentido que a la mujer se nos ve como una máquina de guaguas por así decirlo. Que somos algo así como un producto, que estamos hechas para ser madres (...) no se debe asumir o generalizar porque hay mujeres que simplemente no tienen ese instinto o que simplemente no saben cómo hacerse cargo de sí mismas y no están listas tampoco para hacerse cargo de otra persona” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Aún se tiene esa creencia de que si eres mujer dentro de los 30 años y aún no eres madre, no triunfaste en la vida. Todavía se ve que los sueños de una mujer es ser mamá (...) Nuestro cuerpo está preparado para serlo, pero no es una obligación o algo que nos va a completar” (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“No siento que la maternidad se relacione con las mujeres. Anatómicamente somos quienes pueden dar a luz pero es algo propio y que se tiene que plantear porque es una responsabilidad súper grande. En ese sentido la mujer debe tener libertad, y poder informarse, para eso estamos capacitadas nosotras como matronas” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Yo creo que es algo que ha trascendido en tantas generaciones eso de sí o sí tener hijos, de tener una familia, como prototipo. Entonces viene tan instaurado en nuestra cultura,</p>

	<p>porque en realidad es un tema cultural. Yo creo que todavía nos falta para derrocar eso” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Hay muchos factores que influyen en el que una pareja tenga hijos. O sea, cuando se casan siempre está el comentario de “¿para cuándo el hijo?” y no es natural que otras personas influyan en la decisión de una pareja. No es el destino de la mujer ser madre. Bueno, es verdad que ellas tienen el instinto maternal y ese instinto de querer reproducirse” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“Las profesoras más antiguas de la carrera, dan por hecho de que todas las mujeres quieren ser mamás y es lo que corresponde. Yo creo que la maternidad se tiene que desear. No es como que una esté destinada o no a ser mamá, sino que debería ser una decisión. Tengo una prima que tiene 40 años, lleva por 15 años casada y siempre le preguntan por los hijos. Lo que no saben es que ella lleva tres fertilizaciones in vitro que no han funcionado y varios abortos espontáneos, entonces es un tema súper doloroso que al tiro se le relacione a la mujer con la maternidad” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Va arraigada en lo que es el género femenino, lo que es ser mujer, la definición de ser mujer. En la universidad nos preparan en casi todos los ramos que hay mujeres que deciden ser mamás y que eso es lo normal cachai. Esa es la normativa; las mujeres estamos para gestar. Es sexista que se nos vea así porque se nos reduce a solo una parte de toda la integridad que somos como mujeres. Por ejemplo, en el caso que una mujer sea infértil y por ende no puede tener hijos, ¿no puede ser mujer entonces?. Me parece una afirmación reduccionista y sexista”. (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Estereotipo de una buena madre</p>	<p>“Buena para escuchar porque pasa mucho que niñas, niños y adolescentes sienten soledad y que no saben a quién contarle las cosas. También, que sea empática y tener cierta complicidad y que no sea algo jerárquico como una autoridad” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Tiene que ser apañadora, ser consciente de que sus hijos tienen sentimientos y tiene que proveerlos desde todo ámbito (afectuoso, económico, apoyo)” (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“Tiene que desearlo y apoyarlos en todo ámbito” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Aparte de atender las necesidades básicas. Yo creo que tiene que dar mucha contención en temas de sentimientos. Creo que lo más importante en realidad en el tema de la crianza es darle contención a los niños” (Alumna 11, segundo año)</p> <p>“Debe tener claro por qué tuvo a su hijo, tener un plan de vida, que sepa con qué finalidad trajo a su hijo al mundo” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“Querer ser madre, creo que todas podemos ser buenas madres si lo queremos” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Debe ser arraigada a lo natural, al instinto, cubrir las necesidades básicas, dar amor, que sea respetuosa, tanto con su vivencia de ser madre y también para su hijo o hija. Recordar que somos mamíferas”. (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Estereotipo de un buen padre</p>	<p>“Lo caracterizaría con lo mismo y que también den espacio. Porque he visto que muchos papás a veces tratan de entrar a la vida de sus hijos pero de una forma muy invasiva y finalmente a los hijos les produce rechazo” (alumna 8, primer año)</p> <p>“Tiene que estar presente -no necesariamente quizás viviendo con la familia en sí, porque actualmente las familias son disfuncionales- y no solo en el ámbito económico. La mayoría de los papás dicen "le mando plata y tengo cumplido mi rol de papá", pero que estén presentes emocionalmente también es importante” (Alumna 9, segundo año).</p> <p>“Tiene que estar presente y desearlo al igual que la madre” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Que esté presente, pero presente en el sentido de que sea como accesible a habla, que haya comunicación” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Lo caracterizaría igual. Que sepa que está criando a una futura generación y que tiene que hacer algo bueno en el mundo” (Alumno 12, cuarto año)</p>

	<p>“Que desee ser papá y que esté presente. Creo que se le piden menos requisitos al papá para ser uno bueno, en comparación a lo que se les exige a las madres” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Un buen papá es el que está presente, escucha, el que entrega protección, el que provee. Ahí ya estoy cayendo en el sexismo pero finalmente, un buen papá es el que está presente” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Estereotipos en la crianza</p>	<p>“Está demasiado desigual la crianza de los hijos. Me atrevo a decir que la mayoría de las mujeres madres son las que se hacen cargo de los hijos la mayor parte del día (...) entonces está súper bien compartir las labores, porque no es solamente cuidar al niño y que no se caiga, sino que es criarlo y enseñarle cosas, entonces tiene que aprender de ambas partes” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Siempre se le atribuye a la madre todas las preocupaciones y debería ser de ambos (...) Que fueran compartidos sería lo ideal, o sea, es como una utopía pensar en la crianza así compartida, pero igual es difícil. En estos tiempos siento que es algo que no sé si podría dar”. (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“Sabemos que hay familias disfuncionales en donde no siempre está el papá presente o la mamá, entonces el tener roles es importante en la crianza. Yo fui criada por mi mamá y mi abuela, por ende tampoco tuve esa paternidad presente pero aun así me crié bien y tengo muchos valores y virtudes que he ganado de ellas” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Yo creo que tal vez nunca va a poder llegar a ser parejo. Creo que es súper complicado hacerlo más parejo, pero yo creo que todo depende de la persona que tenemos a nuestro lado y de cómo nos intenta apoyar” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“La crianza compartida hace partícipe a las dos partes sobre cómo va el desarrollo de su hijo y eso los vuelve mucho más integral, en el caso que lo criaría uno de los dos” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“La guagua es de los dos y si bien no porque tengan un hijo deba seguir la relación amorosa pero siempre estarán unidos por ese hijo o hija. Por supuesto la madre tiene un rol más importante, no porque sea mujer, sino por el tema de la lactancia. Pero en relación al apego, el cambio de paños y todas esas cosas debería ser trabajo de ambos. A los papás con hacer poco ya los glorifican” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Son dos polaridades que son necesarias en la vida de las infancias. Que esté la figura de la mujer, conocer vivencias de mujer, conocer vivencias de hombres pero no es un bien que sea totalmente necesario. O sea pueden existir casos en el que no haya una figura paterna o materna presente pero una persona puede hacer el rol de ambos” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Estereotipo de la maternidad no</p>	<p>“Estoy completamente de acuerdo, desde muy chicas nos inculcan el "ay tú vas a ser súper buena mamá" y no nos hablan de la vida sexual y lo que implica eso, entonces quedamos desorientadas y luego se dan los embarazos adolescentes y esas cosas (...) ser mamá no es algo sencillo, es un cambio radical para tu vida y desde muy pequeñas nos van inculcando el hecho de materner” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Es maravilloso que tenga la posibilidad de decidir, y que puedan elegir lo que realmente quieren y no tengan que estar presionadas por la sociedad o porque le dicen "te vas a quedar sola cuando seas vieja" o siempre escuchaba que decían "va a aparecer un hombre que va a querer ser papá y le vas a tener que dar un hijo". (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“Es algo totalmente relacionado con la libertad de la mujer. Debería existir esa opción de la cirugía, porque también en la universidad nos muestran casos de mujeres que a los veinte años no quieren ser madres pero que han pasado con diferentes ginecólogos y se niegan a realizarle el procedimiento. Le dicen que debe ser madre primero y luego de eso puede optar a una cirugía” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Soy súper creyente de que cuando tienes una relación, lo ideal es que en algún momento lleguen a un punto en el que hablan de si quieren tener hijos o no. Porque, si yo tengo una pareja y él no quiere ser papá, yo no lo puedo obligar a ser papá en un futuro porque al final</p>

	<p>va a ser súper frustrante. Es una decisión súper personal y que obviamente después igual pasa a ser una decisión de pareja” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Está súper bien porque todos tenemos el derecho a tener un plan de vida y el derecho de querer o no traer a alguien más al mundo” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“Está súper bien, es decisión de ellas. No encuentro que esté ni mal ni bien el querer o no querer. Está súper mal que aún tenga profesoras y compañeras incluso que dan por hecho que todas las mujeres quieren ser madres. Por ejemplo, cuando debemos comunicarle a la paciente que está embarazada lo primero que se acostumbra a hacer es felicitarla y no debería ser así porque realmente no se sabe si la otra mujer no lo estaba buscando o definitivamente no quiere ser madre y fue un accidente” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Es una valentía. Sobre todo en estos tiempos catastróficos o apocalípticos donde no sabemos si en veinte años más va haber agua potable por ejemplo. Es una decisión ecológica. Psicológicamente amable con una misma, si es que no se está preparada para ser madre. Es una gran responsabilidad tener hijos y no tenerlos es ahorrarse muchos malos ratos” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Estereotipo clínico sobre la no maternidad</p>	<p>“En el ámbito clínico no tengo conocimiento, nunca lo he escuchado tampoco (...) siento que se juzga demasiado en ese sentido, desde el personal de salud más antiguo, ellos tienen esa mentalidad. Siento que las generaciones jóvenes ya no están enfocadas en eso” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Las generaciones más antiguas del personal de la salud tienen ciertos estigmas. De hecho antes -no sé si aún es así-, una mujer no se podría esterilizar antes de tener un hijo porque después se podía arrepentir o tener problemas con su salud como tener cáncer. Yo tengo muchos problemas en el útero, varias enfermedades, y una vez la matrona me dijo "todo esto se te va a pasar cuando llegue el hijo. Si no tienes un hijo va a ser difícil y estarás con este problema toda tu vida". (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“El no ser madre no se relaciona con ninguna enfermedad o mayor riesgo de padecer ciertas patologías. Pero al mismo tiempo hay mucha desinformación, porque por ejemplo algunos cáncer se transmiten por falta de protección con preservativos, ya sea masculino o femenino. Entonces no es cierto de que por no ser madre se vayan a contagiar de algo o tener más riesgos de padecer ciertas patologías”. (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Por lo menos yo no lo he visto de esa manera” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“No hay ningún fundamento científico de que una mujer que no tiene hijos sea más propensa a ciertas enfermedades. Pero la sociedad en sí tienen súper estigmatizadas a las mujeres que no tienen hijos y por lo que tengo entendido no hay ninguna patología asociada al no tener hijos” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“Hay ciertas patologías que la nuliparidad (no haber tenido partos) son factores de riesgos pero hay muchos más factores de riesgos en la multiparidad (haber tenido muchos partos), entonces al final es como con los anticonceptivos; son factores de riesgo para cáncer de mamá y cáncer cervicouterino pero son métodos para no embarazarse” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Se nos enseña que en las nulíparas o mujeres que nunca han tenido hijos (como las monjas) hay ciertas enfermedades asociadas. Que el embarazo sería un factor protector porque pone en pausa los ciclos menstruales y eso sería un factor protector. Se nos enseña que poco menos que las monjas se van enfermar por no tener hijos. Nos inculcan en ramos de anticoncepción que la mujer que se cuida mucho en algún momento tiene que dejar los métodos anticonceptivos para que la mujer se embarace porque es lo natural” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Estereotipo en la atención de pacientes que deciden no ser madres</p>	<p>“Es una decisión que no repercute en nadie pero esa presión de ser madres o no serlo repercute en la usuaria. Creo que causaría algún daño psicológico el estar con culpa de pensar que están hechas para ser madres y no lo están aprovechando” (Alumna 8, primer año)</p>

	<p>“Empiezan a tratar de culparte diciendo "hay mujeres que realmente quieren ser mamás y tú pudiendo serlo, no lo haces". Entonces, pienso ¿le debo algo a las mujeres que no pueden ser madres y por eso tengo que ser madre yo?” (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“Yo inicié a los 17 años con anticonceptivos y la matrona lo primero que me dijo "ay tan jovencita". Siento que esos comentarios sobran. Algo que también nos enseñan en la universidad es evitar ese tipo de comentarios al momento de atender y así no interferir con la vida de la mujer” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Ese tipo de pensamiento va como más relacionado a lo que uno cree. Mira, por ejemplo, la gente que es como apegada de Dios y habla como mucho del tema de “nosotros venimos aquí a procrear, cómo no vas a tener hijos, si tú eres mujer” y eso, yo creo que las personas cuando hablan más desde su religión a veces pasan a llevar a las mujeres” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Se le asocia a patologías a las mujeres que deciden no ser madre y genera un gran nivel de desinformación. Son ideas de que por no ser madre tienes mayor riesgo de cáncer de ovario o que se les hinchan las mamas por no tener el hijo que debían tener, eso es completamente falso. Gracias a Dios yo estudio esta carrera y tengo entendido que no es malo el no tener hijos y que quien decida tener ese plan de vida debiese tener el mismo respeto de quien decide tenerlo” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“Hay hartos prejuicios. Lo que más he escuchado es que no quieren ser mamás porque no saben, porque ahora están más libres o empoderadas y por eso no quiero serlo. Una amiga me contó que la matrona cuando le preguntó si tenía hijos (ella tenía aproximadamente 40 años) ella respondió que no y la matrona le preguntó si era lesbiana y que por eso no tenía hijos. Cuando realmente ella tenía pareja heterosexual y nunca quiso tener hijos” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Siempre se les relaciona con inmadurez. Sobre todo a edades más tempranas (18-25 años) cuando hay mujeres que quieren realizarse una ligadura de trompas y se nos enseña que no debería hacerse porque está el posible deseo de tener hijos en un futuro. Es extraño eso, porque si una mujer tiene la decisión tan bien tomada, nosotras como operadoras clínicas no deberíamos negarle la decisión” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Estereotipos de la carrera Obstetricia y Puericultura</p>	<p>“Me han hecho bromas estereotipadas de que mis compañeros son gays y que es una carrera solo para mujeres. Lo anterior yo creo que tiene que ver un poco con el acoso sexual y esas cosas, las mujeres no se sienten cómodas con hombres. A mí me incomodaría atenderme con un matrn. Otro comentario que he escuchado es que los hombres entran a la carrera solo para ver mujeres desnudas, vaginas y que son unos degenerados” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Yo tengo cuatro compañeros de la generación completa donde somos aproximadamente 100 y para ellos también es un tema complicado porque les dicen que es una carrera solo para mujeres y que solo entran para "ver cuestiones", está ese estigma. O sino les dicen que solo entran a la carrera porque quieren ver mujeres o porque son gays”. (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“Que es una carrera solo para mujeres pero ellos tienen habilidades y el mismo razonamiento que nosotras. Incluso a veces nos sorprenden en clases dando su punto de vista, cómo ellos ven la carrera y la opinión de la mujer” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“En mi generación son o cinco hombres y somos 120 en total, entonces es harta la diferencia. Yo creo que igual eso hace sentir a los hombres el pudor de entrar a la carrera” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Que estudiamos esto porque no nos alcanzó para medicina, que es una carrera solo para mujeres, que por ser hombres solo queremos ver genitales femeninos. Creo que es súper importante que hombres estudien esta carrera porque así conocer la información de las mujeres y su salud, te abre un poquito la mente y te saca de ese círculo típico de amigos y te hace darte cuenta que las mujeres no son pesadas porque quieren serlo, sino porque atraviesan un ciclo menstrual”. (Alumno 12, cuarto año)</p>

	<p>“Los hombres que lo estudian son homosexuales, que todas las matronas están a favor del aborto, entonces nos tildan como muy revolucionarias” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Dicen que somos muy metidas. En lo personal encuentro la raja que sea una carrera mayoritariamente de mujeres, así que eso no me molesta. Porque vamos a ver mujeres en la mayoría, tenemos que compartir experiencias de mujeres entre nosotras. Quizás podría ser una carrera separatista. También, se dice que nosotras ejercemos la violencia obstétrica, cuando en realidad la mayoría es ejercida por los obstetras, los hombres matrones en los hospitales” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva</p>	<p>“Los doctores y enfermeras, que tratan de invalidar o quitar un poco el trabajo que hace una matrona o un matrn, porque ellos están capacitados para hacer lo mismo. Si bien, pueden ejercer la misma profesión, ellos tienen dos años de especialidad y nosotros estamos cinco años estudiando” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Existe desigualdad entre el médico y la matrona. Por ejemplo, siempre dicen "yo sé más de lo que estudiaste tú porque soy médico" y por esa razón "debemos hacerle caso". En cambio, a nosotras desde la universidad nos dicen que seremos las que más vamos a saber porque estudiamos cinco años para esto. Entonces se ve reflejado de que porque son hombres te hacen mansplaining y te dicen "no esto no es así, no, es que tú no sabes. También el trato es distinto al matrn, se le da más respeto” (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“El choque de desigualdad iría con la carrera de obstetricia y enfermería. En el caso de los médicos, ellos tienen solo un semestre dedicado a la matronería y nosotros cinco años entonces estamos mucho más especializados y la verdad es que a veces se produce esta desigualdad con nosotras solo por ser mujeres, cuando en realidad sabemos y estudiamos mucho más del tema que ellos” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“He escuchado que en los médicos más antiguos es más común que pasen a llevar a los matronas y en general a la mujer (...) otra situaciones es que cuando hablamos de salud sexual y reproductiva, las mujeres son las primeras en llegar, las más preocupadas” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Yo no he sentido que esos estereotipos se hagan presente, nunca me han hecho sentir aparte de la masa (...) hay que ser un poco relajado de sangre porque por ejemplo en clases, a veces dicen "¿cómo están chiquillas?" porque obvio son mayoría pero claro si un hombre entra a estudiar una carrera y no le gusta que le digan "chiquillas" va a sentirse pasado a llevar” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“En un Cesfam nosotras somos más libres porque tenemos nuestro box, no dependemos de nadie, nosotros derivamos a las pacientes y somos autónomas. En cambio, en un hospital es jerárquico y debemos responderle al ginecólogo. De alguna u otra forma, somos la contención emocional. (...) Muchas veces he escuchado que las mujeres debemos ganar menos porque nos embarazamos y tenemos mucho tiempo libre” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Se ve cierta desigualdad. Por ejemplo se nos enseñó que cuando coticemos en la Isapre se nos va a cobrar más por ser mujeres. Se nos juzga o se nos valora mucho más por el aspecto físico al conseguir trabajo, se nos dice mucho de la buena presentación, de que entramos por la mirada incluso hasta con las pacientes. Que tenemos que vernos lindas para las pacientes. A nosotras se nos agrega un peso que tiene que ver con los estereotipos de género versus lo que se le exige a los hombres” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Importancia de la perspectiva de género en la malla curricular y prácticas posteriores profesionales</p>	<p>“Nos están inculcando desde primer año el tema de atender sin prejuicio. Vamos a empezar a tocar el tema de las personas lgbtiq+, sobre cómo atender integralmente a esas personas y que no se sientan excluidas o discriminadas. Estoy súper de acuerdo” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Definitivamente es importante, al menos en el ámbito que estudio, hombres, mujeres o disidencias, se ven por igual y es algo completamente importante. Antes había tanta violencia obstétrica y a nosotras desde el comienzo en la carrera se nos dijo que era imposible que lo hiciéramos porque es terrible”. (Alumna 9, segundo año)</p>

	<p>“Desde la carrera siempre que nos dice eso, que la paciente tiene la última palabra. Nosotras sólo tenemos que guiar e informar, nunca juzgarla” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Es importante no pasar a llevar al usuario, hacerlas sentir cómodas y ojalá tenerla en un ambiente de confianza para que el diagnóstico pueda ser más acertado y todo lo que incluye la consulta puede ser más fluido” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Es súper importante. Por ejemplo, si viene un hombre que tiene vulva y hay que hacerle un examen físico, no podemos decirle "no usted es hombre, no podemos realizarle atención obstétrica", sino que a veces las cosas que parecen obvias, no son tan obvias y hay que ser igual con todas las personas, todos merecen tener el servicio que nosotros prestamos” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“Es muy importante. Estamos en el año 2023 y puede parecer chiste pero todavía hay matronas (de mujeres a mujeres) que realizan violencia obstétrica. Al igual que hay ginecólogos que tratan muy mal a las jóvenes por ser madres a tan temprana edad, las discriminan caleta y eso es súper triste” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Considero que hay que dejar el sexismo y los roles de género de lado. Ver a la persona como un ser neutro al que estamos atendiendo pero también entender y empatizar en que estamos atendiendo a otra mujer. Las docentes más jóvenes llegan con esta perspectiva de que debemos ser más solidarias, más empáticas. En el caso de la docentes que son más antiguas, directoras de carrera, no lo mencionan” (Alumna 14, quinto año)</p>
--	---

Tabla 9: Categoría N°2: Resultados obtenidos en relación a Influencia de los factores éticos, valóricos y educacionales en la representación discursiva de la no maternidad en los estudiantes de la Universidad San Sebastián

Subcategoría	Respuestas entrevistadas/os
Razón para estudiar Obstetricia y Puericultura	<p>“Por vocación y motivos personales. Mi mamá fue madre soltera. Mi papá no estuvo cuando yo nací y no supe más de él. Entonces ahí me fui enterando de que el parto fue súper difícil para ella, porque siempre quiso ser mamá pero realmente no fue el momento correcto (...) me gustaría acompañar a esas mujeres y hacer que sea un proceso más llevadero” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Me gusta mucho el área ginecológica, me gusta mucho tratar a mujeres, siento que la obstetricia de cierta forma empodera a mujeres e incluso las mismas matronas tenemos el poder de enseñarles sobre su sexualidad, que sepan de sus hijos y su cuerpo” (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“Obstetricia era mi segunda opción. La carrera no solo se trata de atender partos, también de la educación sexual, la prevención de ITS y esa parte me interesó mucho más que un parto” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Porque siempre me han gustado el embarazo, también me gusta la terapia sexual de las parejas, eso de la sexología” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Porque quería estudiar algo de la salud, estaba entre enfermería y obstetricia. Me metí a obstetricia por descarte entre comillas pero el primer semestre me enamoré de la carrera” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“Cuando estaba en el colegio me gustaban mucho las guaguas y yo quería trabajar en eso así que por eso quise serlo. Pero ahora estudiando, lo que menos quiero es trabajar en la neonatología porque es triste, se ven a guaguaitas enfermas y quizás hacer procedimientos que uno sabe que será dolorosos para ellos”. (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Decidí estudiar obstetricia para las mujeres, yo soy mujer, encuentro que esta carrera es maravillosa. Mi mamá es matrona, entonces entiendo todo lo que hay detrás, el cuidado, el amor, la ciencia de cuidar a la mujer. Mi motor son las mujeres y su salud”. (Alumna 14, quinto año)</p>

<p>Decisión de universidad</p>	<p>“Había postulado a la UdeC pero fue más que nada porque tiene el renombre y prestigio, pero no quedé. Entonces fui a la USS para ver si me podían dar un cupo y quedé. Luego indagando, me di cuenta que la malla de la UdeC está muy atrasada” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Por temas de plata yo quería entrar a la Universidad de Concepción pero acá tienen hospitales simulados, hacemos prácticas con robots, entonces siento que la Universidad San Sebastián es más moderna y mucho más actualizada” (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“Porque ahí quedé por la admisión especial” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Era mi primera y mi única opción. De hecho hice un bachillerato para poder entrar a la carrera porque sentía que el puntaje era imposible para mí” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Porque en la Universidad San Sebastián no hay paros. Justo entré a la universidad en 2020, después del estallido social entonces era más complejo por el tema la continuidad de estudios sin paralizaciones” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“Nunca me gustó la Universidad de Concepción porque siempre escuché que no se actualizaba. Que era bien retrógrada con los conocimientos, pero tiene muy buenos campos clínicos. A pesar de que no me gusta la USS porque es puro lucro, es súper buena en relación a los conocimientos que entrega. Nos enseñan sobre parto respetado, no juzgar, no tener prejuicios con las pacientes y yo creo que es porque tenemos varias profesoras jóvenes” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Podría decir que la malla es moderna en relación a la Universidad de Concepción, que en infraestructura es súper buena en comparación a otras universidades, pero más que nada fue porque el puntaje me alcanzó para la Universidad San Sebastián y además me dieron becas. Entonces tiene que ver con la accesibilidad económica también” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Factores éticos presentes en los relatos de entrevistados</p>	<p>“Hay ramos de ética, de ética medicinal -una cosa así- y hay unos ramos que se van demasiado por el lado de aprender biología, de cómo funciona el cuerpo (como se veía antes la medicina). Pero hay otras universidades que lo abarcan más desde el ámbito psicológico o del núcleo familiar, más integral” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Desde el primer año nos empiezan a pasar psicología, antropología, ética todas esas cosas y sirven demasiado. Puede ser que pase cierta situación y el hecho de estar con usuarias te hace pensar en qué te puedes equivocar y qué no quiero hacer” (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“La ética que se entrega en la universidad es importante en el tema laboral” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Nosotros tenemos atención matronil todo el año, pero la matrona no puede andar con sus dildos por todos lados. Tenemos prohibidos mostrarlos, dejar cosas expuestas como que ofrecemos atención de pacientes o de métodos anticonceptivos. Esas cosas tienen que difundirse por Instagram o entre amistades” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Son súper importantes” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“Los primeros cuatro años tenemos cursos de formación integral que son aparte de la malla y ahí se ve el tema moral, la ética” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Yo encuentro que es puro chamullo no más” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Factores valóricos presentes en los relatos de entrevistados</p>	<p>“No intentan imponer sus valores humanistas cristianos (...) siempre está la invitación a participar pero no es una obligación. Lo que siento que eso también repercute en los temas tabú, como el acoso que se da entre estudiantes y las funas, eso resulta inenarrable por las ideologías que tiene” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Siempre hablan del tema de la igualdad, del respeto y todo se ve muy reflejado en el mismo trato de los profesores, cuando tu necesitas algo siempre están para ayudar y enseñan buenas cosas. Practican lo que enseñan” (Alumna 9, segundo año)</p>

	<p>“Son importantes para el buen desempeño de la carrera. Respetar a la paciente y que ella tiene la última palabra y nosotros debemos entregarle el mejor conocimiento que tengamos porque finalmente estamos para servirle al país y a la mujeres” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“No tengo nada que decir porque habla siempre del buen trato, del respeto y de la mejor atención. Lo negativo es obviamente lo que te conté, que no dejan hacer mucha visibilización a la salud sexual como tal”. (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Estoy de acuerdo en todos los valores que tiene mi universidad. Ni siquiera lo relacionado a mi carrera, sino que con el ámbito católico (...) la universidad viene de un litigio apostólicos católico entonces los valores son; el trabajo bien hecho, el ser responsable con los demás, hacer las cosas por buena voluntad. Esos valores son importantes, es más, yo creo que mis compañeras deberían adoptar un poco esos valores.” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“No intentan imponer sus valores humanistas cristianos pero tuve algunos ramos donde se veía más reflejado (...) También, en el ramo que tuvimos de ética nuestro profesor era bien cristiano y dijo que el aborto estaba mal y por sobre todo era ilegal, que si en un futuro era legal no cambiaría lo malo de hacerlo. (alumna 13, quinto año)</p> <p>“Puro marketing lo del valor sebastiano y el carisma sebastiano” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Factores educativos presentes en los relatos de entrevistados</p>	<p>“Conversaba con una amiga que es matrona hace veinte años aproximadamente y siempre cuenta que las mejores internas para atender son de ciertas universidades y yo creo que eso igual repercute en toda su formación y los ramos que tienen” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“La enseñanza es muy buena, los profesores son bacanes” (Alumna 9, segundo año)</p> <p>Alumna 10, de segundo año, no menciona factores educativos en su relato</p> <p>“Las mallas se actualizan casi todos los años y encuentro que es súper importante, tienen electivos súper atractivos como yoga y reiki” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Tengo docentes súper capacitadas y que realmente se han portado un siete conmigo y que nunca me han hecho sentir aparte de la masa” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“Tuve muchos ramos centrados solo en cómo se deben tratar a los pacientes. De hecho he visto en prácticas que niñas de otras universidades no tienen ese <i>feeling</i> con las usuarias, cómo hablarles o qué gestos tener. (...) La mayoría de las profesoras son abiertas de mente, se alejan de sus creencias y nos dan libertad de pensar y de expresarnos. Sin embargo está súper mal que aún tenga profesoras -las más antiguas- y compañeras, que dan por hecho que todas las mujeres quieren ser madres” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Hay que ser objetivo y recibir las herramientas que se nos dan pero yo no me pongo la piocha por mi universidad y cuando salga no voy a vociferar que salí de esta Universidad, hay un cierto rechazo” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Decisión de no querer ser madre bajo los factores éticos, valóricos y educativos entregados por la universidad</p>	<p>“Hasta ahora no lo hemos conversado, solamente lo mencionó la profesora pero ella nos dejó en claro que da lo mismo si nosotros estamos a favor o en contra, porque nos van a enseñar a cómo tratar y atender integralmente a esas personas” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Mi profesora nos decía que hay muchas mujeres que no quieren ser mamás o son madres a edades más avanzadas. Hay familias diferentes, hay muchos cambios y en eso está el tema de las mujeres que no quieren ser mamás y ahí nos decían "es violencia obstétrica que ustedes les digan que no se pueden esterilizar porque tienen que tener un hijo primero” (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“En el primer año de la carrera se conversa sobre la no maternidad. nos dejan en claro que si la mujer no quiere ser madre nosotras debemos darle toda la información acerca de anticonceptivos y preservativos. Entonces vemos la no maternidad desde ese ámbito” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Depende del profesor que esté dando la clase pero no, no se le da mayor importancia (...) se enfocan todos los ramos hacia la maternidad” (Alumna 11, tercer año)</p>

	<p>“Se habla seguido pero siento que aun así se debería profundizar más. Creo que es muy común en estos últimos años y creo que es una visión súper válida y si una persona decide no tener hijos, quizás sería hasta lo más apropiado para estos tiempos, en especial cuando no tienen las condiciones económicas para hacerlo” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“La verdad es que no es un tema que se aborde mucho. Lo que nos dicen siempre es que no demos por hecho ciertas cosas con las pacientes, ni la sexualidad, ni las ganas de ser madres” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Bueno la universidad plantea sus valores y sus visiones pero como yo no estoy de acuerdo con ellos, opino lo mismo que te dije, me parece una decisión valiente” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Imposición de valores o pensamientos propios de los estudiantes al momento de atender a una paciente</p>	<p>“No debería hacerse (...) Creo que según lo que consideremos ético podemos aconsejar y decir "yo lo haría así, porque de esta forma me enseñaron o criaron" pero nunca imponer. Se debe aconsejar y luego cada persona ve qué hace con esa información” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Es terrible (...) ahora en la universidad nos dicen que jamás deberíamos hacer eso, no tenemos que meternos en las decisiones del paciente, solo tenemos que educar y facilitar lo que ellos deseen” (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“Nunca se debe interferir la religión o pensamientos ante la atención de pacientes porque está mal. Cuando son pensamiento propios de la matrona no se deberían imponer pero por ejemplo, cuando es algo médico tenemos que informar y decir "a esta edad tú no te puedes hacer esto", porque realmente no será algo bueno para su salud” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“No corresponde, uno tiene que informar en base a la ciencia y no en opiniones propias. Los pacientes pueden decidir libremente, porque yo le puedo dar todos los beneficios, los pro y los contras, pero al final el que elige es el paciente” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Está mal pero inconscientemente uno siempre va a querer imponer sus valores frente a otras personas. Es importante que como comunidad tengamos ciertos criterios morales” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“No corresponde. En todas las carreras de la salud debemos saber apartarnos de lo que creemos que es bueno o malo, nuestras creencias o valores. El mismo caso que mis compañeras que son muy apagadas a la fe cristiana ellas no pueden juzgar a otra mujer por querer abortar, si es que ellas no están de acuerdo. Asimismo, tengo compañeras que les cuesta mucho el tema de las personas transexuales, nos ha tocado atender a adolescentes que están en proceso de transición y les cuesta mucho atenderlos” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Es innecesario y poco ético imponer por sobre el pensamiento de las usuarias; es como pensar que ellas no son capaces de razonar bajo sus propios valores y creencias, que están erradas. Menosprecia a la usuaria.” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Atención integral en mujeres que deciden optar por la no maternidad y usuarias en atención de rutina</p>	<p>“Tenemos un ramo dedicado a eso. No sé muy bien qué temas vamos a tratar pero en la psicología de la mujer yo creo que se incluye” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Tenemos ramos de fundamentos de la salud sexual y reproductiva y ahí se menciona el tema de los derechos sexuales y reproductivos. Nos mencionan que toda persona tiene derecho a ser madre o no y todo eso” (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“El tema de esterilización aún no lo vemos, creo que se relaciona más con lo legal y también con este problema de que siempre existirán médicos que se oponen a realizarlo por la edad de las pacientes. Por temas de no maternidad están los anticonceptivos y nos enseñan que debemos entregar toda la información posible, los diferentes tipos de anticonceptivos y sus consecuencias” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Como te dije, solamente lo pasan como “ser madre es una ventaja para tener menos prevalencia de adquirir tal cosa” porque así se habla, pero no, no siento que se le dé tanto énfasis”. (Alumna 11, tercer año)</p>

	<p>“Ayer conversamos de un caso clínico sobre una mujer que quería hacerse una histerectomía (sacarse el útero) a los 25 años. Entonces en este caso antes de hacer cualquier procedimiento clínico, debemos educar a la usuaria, sobre qué es el procedimiento, los riesgos y sus beneficios y que si ella a pesar de todo quiere realizarse el procedimiento, nosotros tenemos que estar dispuestos a su decisión” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“Se nos ha enseñado que siempre debemos ofrecerlos en caso de que la mujer lo esté buscando pero en Chile es súper complicado. Te piden muchos requisitos y los que más tienen prejuicios con eso son los ginecólogos, hay que ser bien sinceras con eso. No está dentro de la malla curricular, creo que va más en cada profesor. Yo tuve la suerte de que el ramo de consejería me lo hizo una profesora joven, entonces nos habló del cuidado que se debe tener al hablarles, no asumir que quieren ser madres” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Nunca se nos dijo que van a existir mujeres que no quieran ser mamás y trátenlas de esta forma o no que los recuerde. Siempre es "ustedes van a ver mujeres que tienen deseos de parir y tiene que atenderlas como tal, ver a la mujer desde su capacidad de gestar". Entonces nunca se nos mencionó cómo tener una atención con ellas” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Cómo debería ser una atención integral</p>	<p>“Las cosas relacionadas a la salud sexual y reproductiva deben hablarse sin tabú porque es algo que sí o sí se va a vivir. Hay mucha gente que no quiere tocar esos temas pero se espanta si ve a una niña de 14 años siendo mamá, entonces es algo muy evitable. Obviamente suceden las fallas de anticonceptivos pero muchas niñas caen en las desinformación” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Siento que nunca hay que asumir nada, siempre debemos dar todas las herramientas, preguntar y entregar toda la información sin imposición alguna, sino que ellos tomen la decisión que quieran” (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“No solo se basa en la mujer. Sabemos que para el cuidado reproductivo de los hombres solo existe el preservativo y que lamentablemente a la mujer le tocan las pastillas, las inyecciones y también existe el preservativo uterino. En relación a la atención integral, es esencial entregar información de la salud sexual y reproductiva en los colegios a temprana edad para prevenir embarazos no deseados” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Lo primero es preguntarle al paciente, cómo le gusta que le digan. El otro día vi en las plantillas de la atención de la universidad que podíamos preguntarle si se siente él o ella y ahí en base a eso, empezar una buena anamnesis, luego entregarle toda la información respecto a su consulta y finalmente que el usuario elija lo que quiere” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Debiese ser enfocado en la salud de la persona, en su salud psicológica y las redes de apoyo” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“Cero prejuicios y explicarle a la/él usuaria/o que es un ambiente de confianza, que nada de lo que me diga hará que la juzgue (...) confidencialidad de la atención, confianza con la matrona y respeto” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Le preguntaría qué es lo que entiende por sexualidad, cuáles son sus deseos, cómo vive su sexualidad y cuáles son sus limitaciones para ayudarla” (Alumna 14, quinto año)</p>
<p>Opinión de estudiantes sobre el aborto</p>	<p>“Estoy a favor. En algún momento estuve solo a favor de las tres causales pero ahora estoy a favor del aborto libre y ojalá gratuito porque aunque haya sido por una irresponsabilidad, es mucho más irresponsable traer un niño al mundo sin estar preparada (...) Si bien siento que el aborto debería ser la última opción, todavía está el tema de la vasectomía porque que es un proceso mucho más sencillo y que se puede revertir. Finalmente hay mucha desinformación”. (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Debería ser legal, libre, seguro y gratuito. A mí me decían que como iba a ser matrona iba a ver el desarrollo de los bebés y que no sería nunca más pro aborto. Pero la verdad es que viendo todo lo que se acarrea junto con un embarazo que no es deseado, creo que lo más maravilloso que existe, es poder tener la decisión de ser madre o no” (Alumna 9, segundo año)</p>

	<p>“Es un tema súper caótico en nuestra carrera. Personalmente pienso que debería ser aprobado desde los 18 años -porque a menor edad es más peligroso-, y por el mismo tema de los anticonceptivos, que ninguno es 100% efectivo. Debería existir esa opción de aborto cuando hay un fallo de anticonceptivo o preservativo” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Si alguien no se siente preparado para ser madre o no quiere ser madre, está bien. Aparte creo que es una decisión muy personal, muy propia y que abarca muchos ámbitos” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Yo creo que es decisión de cada persona y creo que debiese ser algo permitido pero no creo que la sociedad esté muy preparada para recibirlo abiertamente. Pero si una mujer quiere realizárselo, debe estar educada sobre qué significa para su salud” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“Estoy a favor, es la decisión de cada mujer. A parte de la ley de las tres causales -que es un gran logro en el país- debería ser libre. La discusión podría estar en hasta cuantas semanas se puede realizar pero debería ser libre. Pues ningún método anticonceptivo es 100% efectivo, yo por ejemplo me cuido pero quedar embarazada en estos momentos sería lo peor que me podría pasar” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“El aborto ha existido, existe y existirá, es algo innato. En mi familia hay historias de aborto, yo alguna vez intenté abortar, se ve como si fuera algo malo. Me molesta el ámbito punitivo del aborto, porque se castiga a la mujer por hacerlo pero el embrión se hizo de dos personas entonces por qué castigar solo a la mujer.” (alumna 14, quinto año)</p>
<p>¿Cómo es abordado el aborto dentro de la universidad?</p>	<p>“Aún no se aborda, la profesora dijo que abordaríamos esos temas en lo que quizás uno no está de acuerdo, pero tenemos que saber cómo tratar a personas con ideologías distintas para dar una atención integral”. (Alumna 8, primer año)</p> <p>“Se nos habla de acompañamiento a personas que han sufrido abortos o han provocado un aborto. Se considera que no es algo sencillo y que se debe tener apoyo y contención. En mi generación hay personas que no están a favor del aborto pero sí se da esa enseñanza a nivel global de que existe el aborto y no va a dejar de existir solo porque tú piensas que está mal y por ende tenemos que tener las herramientas para acompañar a estas personas”. (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“Los profesores y profesoras no avalan mucho de que hablemos de esos temas y siento que en ese sentido se debería dar más libertad para hablar ese tipo de temas. Siempre que se mencionaban se intentaba cerrar la conversación y solo mencionaban las tres causales, regirnos desde el marco legal. Desde el ámbito psicológico podemos realizar un acompañamiento pero no alentarlas a abortar ilegalmente” (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“Creo que hasta el momento nunca lo hemos visto, ahora recién ahora vamos a pasar aborto” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Conversamos sobre los abortos espontáneos y patológicos, pero lo que son por decisión de cada mujer no se aborda. En el caso de los abortos espontáneos nos dicen que debemos contactar a sus redes de contención, conocer al progenitor, a la familia de la mujer para así hacer una atención integral y las posteriores derivaciones psicológicas.” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“Se habla pero porque nosotras mismas lo planteamos y las profesoras nos dan su punto de vista. En el ramo que tuvimos de ética nuestro profesor era bien cristiano y dijo que el aborto estaba mal y por sobre todo era ilegal, que si en un futuro era legal no cambiaría lo malo de hacerlo” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Lo hemos abordado en clases en relación al aborto espontáneo enseñándonos en qué consiste. En cambio en situaciones de abortos provocados se nos enseña que nosotras debemos hacer la denuncia, no se nos enseña cómo debe ser el acompañamiento. En una práctica llegó una adolescente a hacerse una ecografía y estaba con todos los síntomas de haberse realizado un aborto y la matrona que le hizo la ecografía pegó el grito en el cielo diciendo "esta cabra chica aborto como si nada, cagá de la risa" y la matrona que era mi docente encargada me dijo "pucha yo me hubiera quedado cayada" (Alumna 14, quinto año)</p>

<p>Violaciones a los derechos sexuales y reproductivos</p>	<p>“No hemos conversado de eso pero por ejemplo, con el aborto nos dijeron que si es un procedimiento que debemos hacer, como profesional lo tenemos que hacer, no debemos negárselo solo porque yo no estoy de acuerdo. Entonces eso lo encontré súper importante” (Alumna 8, primer año)</p> <p>“No he tenido prácticas pero dentro del análisis de casos se habla mucho de eso, durante la violencia obstétrica se habla mucho de eso” (Alumna 9, segundo año)</p> <p>“No he realizado prácticas pero una profesora nos contó que cuando tuvo a su bebé una matrona fue súper pesada con ella y, que incluso, por eso quiso estudiar obstetricia. Nos inculcó mucho el respeto hacia la mujer, darle su tiempo durante el parto, no decir comentarios feos. Finalmente el respeto es lo esencial al momento de atender”. (Alumna 10, segundo año)</p> <p>“En la semana que estuve aquí en la U, lo que más vi eran papás que vulneraban los derechos sexuales (...) El tema es que el médico le recetó anticonceptivos pero sus papás no la dejaban y ella no sabía cómo decirle a los papás que tenía que tomar anticonceptivos, entonces como que poco menos ella se tomaba sus exámenes escondidas de los papás” (Alumna 11, tercer año)</p> <p>“Desde mi experiencia no he presenciado ninguno pero me han contado de ciertos casos. Lo más correcto que uno debería hacer en estos casos es denunciarlo” (Alumno 12, cuarto año)</p> <p>“No me ha tocado presenciar, menos mal. En ética y en consejería veíamos mucho eso, cómo actuar si es que una colega está vulnerando ciertos derechos” (Alumna 13, quinto año)</p> <p>“Recuerdo muy bien que en esa misma práctica que te mencioné llegaron adolescentes a pedir condones y por cierta burocracia de farmacia no se los dieron. Porque no había una orden de receta que según ellos la matrona debía hacer. Entonces se les estaba vulnerando a métodos anticonceptivos, métodos de barrera y fue fuerte, de hecho le dije a la niña de la ventanilla que se los estaban vulnerando pero no me tomó en cuenta. Fue choqueante, porque al ver su cara de desmotivación me hizo pensar que no van a creer en el sistema público o en nosotras como una figura para el acceso a la salud, entonces fue triste” (Alumna 14, quinto año)</p>
---	---

En relación al tercer objetivo de la investigación, relacionado a comparar las semejanzas y diferencias de los factores éticos, valóricos y educacionales que influyen en la representación discursiva de la no maternidad. Este fue desarrollado a partir de los resultados obtenidos de los dos objetivos anteriores y fue desarrollado y analizado en el siguiente capítulo junto a las conclusiones.

Capítulo V: Conclusiones

La presente investigación se sustentó en el análisis de la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián, con el fin de evidenciar tendencias en las representaciones emergentes. De acuerdo con Jodelet (1986), la importancia del estudio de las representaciones sociales nos permite identificar cómo los seres humanos interpretan la realidad según distintos factores, como la cultura o la ideología. Por lo que las representaciones sociales se hacen presentes a través de la configuración del discurso y su posterior análisis, el que tiene por objetivo comprender las prácticas discursivas en todo ámbito de la vida.

El lenguaje cumple un rol esencial al momento de analizar dichas representaciones, pues de acuerdo con Berger y Luckmann (2003), es el sistema de signos vocales más importante en la sociedad. Debido a que a través de él se puede verbalizar, significar el mundo y compartir experiencias que serán significativas para generaciones futuras.

Por un lado, analizar la representación discursiva de la no maternidad, configurada por estudiantes pertenecientes a la carrera de Obstetricia y Puericultura, resulta de importancia para los estudios de género, pues se trata de una carrera universitaria que principalmente atiende a mujeres y se relaciona con su salud sexual y reproductiva. Además, según el informe 2020 del Servicio de Información de Educación Superior (SIES), del Ministerio de Educación, en la retención de primer año en las carreras de Pregrado por cohortes entre 2011 y 2020, Obstetricia y Puericultura es la segunda carrera que figura con mayor tasa de retención en todas las universidades del país, con un 93,2% y con un total de 2.238 estudiantes en 2021.

Por otro lado, quedó evidenciado que las “no maternidades” han ido en aumento. De acuerdo con el boletín de estadísticas vitales elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) -realizado en 2022 con cifras provisionales del 2020-, el número de nacimientos en el país es de 194 mil, lo que representa 15 mil nacimientos menos que el año anterior. Si bien la baja tasa de fecundidad se puede explicar en base a múltiples factores, el principal es que las mujeres están priorizando otras áreas de su vida y postergan la maternidad o simplemente ya no desean ser madres. Sánchez (2022) plantea que la incertidumbre de quién cuidará a sus hijos cuando no esté la madre, la crisis climática, y la mayor presencia de

mujeres en espacios laborales, lo que hace que la decisión de la maternidad esté cada vez más cuestionada por las mujeres en edad fértil.

Con lo anteriormente expuesto, resulta importante conocer y analizar cómo los estudiantes de Obstetricia y Puericultura se refieren discursivamente a la no maternidad o a la decisión de mujeres que optan por no ser madres. Se pueden evidenciar, además, posibles tendencias que se relacionan con las temáticas de género y las posibles vulneraciones. Asimismo, se puede identificar cómo la formación desde el ámbito valórico, ético y educacional entregada por ambas casas de estudio pueden influir en dicha representación discursiva.

Para lograr lo anterior, se planteó el primer objetivo específico de la investigación: “identificar los estereotipos de género presentes en la construcción discursiva referida a la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián”. La no maternidad debe ser identificada discursivamente en relación al concepto de la maternidad, por lo que de acuerdo con lo anterior, en los estudiantes de ambas universidades en estudio, la maternidad se ve representada como un patrón cultural instaurado en la sociedad, lo que conlleva a que normalmente no se separe a la mujer de su capacidad reproductiva. Además, del constructo cultural del binomio mujer-madre-, las estudiantes consideran que, su sistema reproductivo se ve representado como una máquina productora de bebés relacionado al sacrificio.

El ver la maternidad como parte de una experiencia vital para las mujeres, está directamente relacionado con los estereotipos de género presentes en una sociedad patriarcal que sin cuestionar, obliga a las mujeres a ser madres desde su niñez. En relación a este tema, Beauvoir (1949) plantea que:

A muchas mujeres, por las costumbres, la tradición, se les niega la educación, la cultura, las responsabilidades, las actividades que son un privilegio de los hombres, pero sin embargo se les ponen sin ningún escrúpulos hijos entre los brazos, como antes se las consolaba de su inferioridad respecto a los chicos con una muñeca; se les impide vivir, y como compensación tienen permiso para jugar con muñecos de carne y hueso”.
(p.505)

Respecto a la representación discursiva de la no maternidad, se pudo concluir que las estudiantes de la Universidad de Concepción la plantean como una decisión válida para aquellas mujeres que no tienen la maternidad como una vocación. De esta misma manera, enfatizan en que los trabajadores del ámbito de la salud deben comprender que la maternidad debe ser vista como una decisión de cada paciente. Asimismo, se puede identificar que sus respuestas están influenciadas por el movimiento feminista de 2018 y consignas tales como “la maternidad será deseada o no lo será”.

En cambio, la no maternidad, configurada discursivamente por el estudiantado de la Universidad San Sebastián, hace referencia a que las mujeres que optan por esta decisión, rompen con el modelo cultural instaurado, que consiste en que por ser mujeres se debe ser madre. Además, señalan que tales decisiones están netamente relacionadas con la libertad de cada mujer.

Si bien aún se sigue construyendo la maternidad en relación con el deber ser de la mujer, tal como se mencionaba anteriormente, dicho concepto ha evolucionado en base a las distintas reivindicaciones feministas que han permitido establecer la no maternidad, como una forma de liberación a través de la anticoncepción, entregándole autonomía a la mujer sobre su cuerpo. Respecto a esto, Heritier (2007) sostiene que:

Gracias a la anticoncepción, la mujer se convierte en la dueña de su cuerpo y ya no es considerada como un simple recurso; utiliza su libre albedrío en materia de fecundidad (...) pone fin a un sistema de dominación que consistía en utilizarla para concebir hijos (...) La anticoncepción las libera del mismo tema por el que fueron hechas prisioneras. (p.128)

Dentro de sus relatos sobre la maternidad y no maternidad, los/as estudiantes de ambas universidades, atribuyen el mayor cuidado de los hijos a la mujer-madre. Caracterizando a una *buena mamá* a quien es cariñosa, trabajadora en el ámbito de “maternar”, quien entrega mucha contención en temas de sentimientos y quien vela por el bienestar propio y el de sus hijos, además de preocuparse por lo monetario. Con lo anterior, inmediatamente se establece un estereotipo de género, en el que los relatos de las/ los entrevistados vinculan a la madre mayoritariamente a lo sentimental, mientras que, cuando se les pidió caracterizar a un *buen padre*, -en el caso de estudiantes de la Universidad San Sebastián-, la respuesta más repetida fue “*que esté presente*”. En el caso de la Universidad de Concepción, las estudiantes afirman que caracterizarían a un buen padre con los mismos atributos de una *buena madre*.

Respondiendo al segundo objetivo específico que guió la investigación: “identificar los factores éticos, valóricos y educacionales que influyen en la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián”, quedó evidenciado que -en primer lugar-, las estudiantes de la Universidad de Concepción señalan que la ética se aborda de una manera general dentro de su carrera, enfocada principalmente en demostrar humanidad frente a los pacientes, la importancia de un buen trato y que las opiniones de cada profesional no deben incidir en las decisiones de sus pacientes. Lo anterior, además de darle un claro respeto a las pacientes, permite entregarle autonomía en su salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, frente a los factores éticos en la Universidad San Sebastián, el alumnado entrevistado señala que poseen ciertas restricciones en relación a esta materia, pues tienen la prohibición de ofrecer de manera pública atención de salud sexual y reproductiva en las dependencias de la universidad, por lo que este tipo de prácticas debe ser difundida través de redes sociales y no por medio de afiches. Debido a que desde jefatura de departamento, les piden eliminar cualquier afiche que haga alusión a la salud sexual y reproductiva en temáticas de anticoncepción.

De la misma manera, hay opiniones distintas en relación a la importancia de estos factores entregados por la universidad. Algunos alumnos lo consideran importante y relevante para luego ejercer la profesión, en cambio, otros consideran que es algo con lo que la universidad quiere impresionar a nivel de prestigio académico.

En segundo lugar, respecto a los factores valóricos presentes en la representación discursiva de la no maternidad en estudiantes de Obstetricia y Puericultura, de la Universidad de Concepción, éstos afirman que resulta esencial el carácter laico que posee la institución, es decir, que la universidad no esté regida por ninguna religión, pues permite que múltiples temas sean abordados. Finalmente, en relación a este factor, todas concluyen en que la religión no permite avances en materia de la autonomía sexual y reproductiva de la mujer.

Frente a los factores valóricos entregados por la Universidad San Sebastián, referidos directamente a la religión y a los valores humanistas cristianos que posee la institución, los estudiantes expresan que es algo que el plantel universitario no intenta imponer, pese a que sí se refleja en algunas clases. Además, hacen referencia a que dichos valores hablan acerca de la igualdad y el respeto hacia los pacientes. Sin embargo, los mismos entrevistados/as

sostienen que desde la institución no dejan visibilizar la salud sexual como los estudiantes quisieran, abordando temas relacionados con el aborto y poder ofrecer de manera pública atenciones de salud sexual y reproductiva.

En tercer lugar, los factores educacionales presentes en la representación discursiva de la maternidad y no maternidad en estudiantes de la Universidad de Concepción, hacen referencia a que la universidad tiene un enfoque humanista, centrado en el trato a las personas. En relación a sus profesores y profesoras, señalan que son “pro-aborto”, en relación al aborto en tres causales y el aborto libre. Además, mencionan que se centran en una enseñanza libre de prejuicios hacia los y las pacientes que tendrán sus estudiantes. Además de centrar el enfoque científico como la base para empoderar a las pacientes y que sobre ese conocimiento, decidan de manera autónoma.

Por último, los factores educacionales presentes en las respuestas de estudiantes de la Universidad San Sebastián, hacen alusión a la buena calidad de enseñanza que entrega dicha universidad, además de mencionar que la carrera posee una malla curricular actualizada con ramos enfocados al trato del paciente. Sin embargo, los y las entrevistadas sostienen que se presenta un cambio generacional en relación a sus profesores, pues los docentes que llevan más años enseñando, aún dan por hecho que todas las mujeres quieren ser madres y enseñan que para acceder a una esterilización, la mujer debería ser madre primero. Mientras que las docentes nuevas, tienen una mirada más liberal en torno al fenómeno de la maternidad, en la que se alejan de sus creencias y le dan mayor libertad al alumnado para pensar y expresarse de manera diferente.

Por lo tanto, se concluye que los factores éticos, valóricos y educacionales entregados por ambas universidades, influyen de una manera distinta en la representación discursiva de la no maternidad, configurada por sus estudiantes. En el que la religión forma parte de la principal diferencia, pues la Universidad de Concepción al ser una institución laica permite el libre desarrollo de sus estudiantes respecto a diferentes temáticas y conocimientos de carácter valórico, mientras que en la Universidad San Sebastián el estudiantado tiene ciertas restricciones en temáticas de sexualidad y reproducción.

Lo anteriormente identificado, resulta de gran interés debido a que una visión vinculada a la laicidad permite entregar autonomía en relación a los derechos sexuales y reproductivos, evitando que lo religioso imponga en la sociedad concepciones de lo “bueno” y lo “malo”. De acuerdo con Capdevielle y Arlettaz (2019) “la autonomía personal está íntimamente vinculada

a la autonomía de la esfera pública y religiosa” (p.153), por lo que estar en una universidad vinculada al humanismo cristiano, estaría relacionado a imponer posturas conservadoras frente a la autonomía de las mujeres, así como también, inculcar determinados valores en sus estudiantes.

En relación a lo anterior, alumnas de la Universidad de Concepción expresan que en otras universidades del país, que también son religiosas, no imparten ciertas materias -como la anticoncepción-, debido a que ello va en contra de la línea valórica de este tipo de planteles educacionales.

Si bien no formó parte de los objetivos de este trabajo, durante el desarrollo de la investigación se descubrió que, efectivamente, la Universidad de Los Andes en 2015 señaló que no integraría contenidos asociados a métodos anticonceptivos dentro de su malla curricular. Sin embargo, esta información fue retractada en un comunicado donde aclararon que sí se impartirían dentro del curso “Salud Sexual Reproductiva” y “Ginecología”. Igualmente, la clínica de la Pontificia Universidad Católica de Chile, según información expuesta en El Mostrador en 2014, no entregaba el uso de métodos anticonceptivos artificiales, debido a que la Iglesia se opone a dicha práctica. “Cada ginecólogo tiene la libertad de decidir en su consulta (...) eso se extiende a todos los centros de salud (...) y todos los médicos que trabajamos acá respetamos principios y valores de la institución” (El Mostrador, 2014, s.p). Sin embargo, al igual que en el caso anterior, no existe información actual sobre las situaciones.

Resulta importante que los estudiantes de Obstetricia y Puericultura tengan acceso a toda la enseñanza en relación a temáticas sexuales y reproductivas, pues independientemente de las creencias religiosas propias y también defendidas por los establecimientos educativos en los cuales estudian, los futuros profesionales son los encargados y responsables de enseñar sobre anticoncepción, enfermedades e infecciones de transmisión sexual y además, la autonomía de los cuerpos a sus pacientes. Por lo que evitar enseñar ciertas materias, sin duda vulnera los derechos sexuales y reproductivos de sus pacientes, atentando en contra de su autonomía sexual.

En torno al tercer y último objetivo específico: “comparar las semejanzas y diferencias de los factores éticos, valóricos y educacionales que influyen en la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián”, se concluye que dentro de las semejanzas, es que ambas universidades no

abordan la decisión de no querer ser madre -en base a los factores mencionados anteriormente-, en profundidad durante las clases, ni existe un ramo específico para las “no maternidades”, pues al ser una carrera relacionada a la maternidad, se enfocan en dicha materia y depende de cada profesor o profesora tratarlo o no.

A pesar de que dicha temática se plantea en conversaciones pequeñas al interior de algunas asignaturas, sus profesoras y profesores entregan toda la información a sus usuarias respecto a la anticoncepción y preservativos, pues la opinión de las matronas no debe interferir en las decisiones de sus pacientes, ya que su rol es acompañar y aconsejar. Frente a la misma situación, estudiantes de ambas universidades expresan que no se debería imponer valores o pensamientos propios sobre la decisión de sus pacientes, pues menosprecia a sus usuarias. Sin embargo, de acuerdo con las situaciones que describen, el entrevistado N°12, perteneciente a cuarto año de la Universidad San Sebastián plantea que *“está mal pero inconscientemente uno siempre va a querer imponer sus valores frente a otras personas. Es importante que como comunidad tengamos ciertos criterios morales”*.

Siguiendo con el abordaje del tercer objetivo específico, en relación a las diferencias en torno a la representaciones discursivas de las no maternidades, las temáticas referidas al aborto o los embarazos no deseados se tratan de distinta manera, pues para la Universidad San Sebastián, según los entrevistados resulta un tema temeroso de abordar. Lo anterior, debido a que en dicha universidad no se avala que se hable del tema y todo se limita al desarrollo del marco legal, en el cual se inscribe el aborto permitido bajo las tres causales y la objeción de conciencia.

Mientras que el tema aborto en la Universidad de Concepción, se aborda de una manera más liberal, sin separarse del ámbito legal, pero enfocado en las decisiones de cada paciente y que su labor como matronas y matrones, es respetarlas y considerar qué es lo mejor según el contexto en el que están inmersas. Asimismo, se logra concluir que el alumnado de dicha universidad, se siente con mayor libertad de poder expresarse y dar sus opiniones respecto al tema -a pesar de que existe una legislación que plantea que el aborto sólo debe ser realizado en el marco de las tres causales-, sin embargo, durante sus relatos las entrevistadas expresan cuáles aspectos del aborto no les parecen (como la penalización, que no sea libre, gratuito y seguro). Lo anterior, está relacionado con la laicidad de la universidad.

Si bien la normativa chilena no permite los abortos fuera de las tres causales, las entrevistadas de la Universidad de Concepción, afirman que si ellas como matronas identifican

que la paciente se hizo un aborto ocasionado, deberían denunciarlo, pero finalmente va en el criterio de cada una hacerlo, pues comprenden que su trabajo es acompañar, dar contención, mantener la confidencialidad y derivar si es necesario.

En relación al mismo tema, las y los estudiantes de ambas universidades, en su mayoría, están de acuerdo en que el aborto debe ser legal, gratuito y seguro, debido a que ningún anticonceptivo es 100% efectivo y que ser madre, no se tendría que obligar, en caso de no ser deseado.

Con la información expuesta anteriormente, se puede sostener que la representación discursiva de la no maternidad, configurada por un grupo de estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y a la Universidad San Sebastián, está influenciada por las visiones feministas de sus alumnas y sus profesoras -en el caso de la Universidad de Concepción-, debido a que consideran la no maternidad como una decisión respetable y vinculada a la libertad de la mujer. Lo anterior, también lo sustentan al mostrar desacuerdo sobre la visión instaurada de que ser madre es la finalidad de las mujeres, y que además, en relación a la salud sexual y reproductiva, deberían tener acceso a una atención integral, es decir, que aborde distintas áreas de sus vidas y por sobre todo, que sea respetuosa con sus decisiones.

Referido al mismo tema, al momento de analizar sus respuestas existen conceptos repetitivos tales como; ausencia del “instinto maternal”, ausencia de la “vocación de ser madre” y relacionan la maternidad con sacrificios. Por lo que a pesar de los cambios sociales y culturales, se sigue vinculando -inconscientemente- la identidad de la mujer frente a la maternidad con ideas referidas a aspectos más bien esencialistas.

Dichos conceptos forman parte de las bases patriarcales de la sociedad en las que se reduce a las mujeres a meros objetos de reproducción, limitando sus capacidades a través de estereotipos de género que subordinan a la mujer. Por lo que es importante que se les permita vivir sus deseos de no ser madres, sin ser limitadas por estereotipos que son perjudiciales para ellas, pero también para la sociedad en general.

De acuerdo con Badinter (1981) el instinto maternal es “sólo es un sentimiento humano. (...) incierto, frágil e imperfecto. Contrariamente a las ideas que hemos recibido, tal vez no esté profundamente inscrito en la naturaleza femenina” (p.14), por lo que afirmar que las mujeres poseen un instinto materno, sería reducirlas nuevamente sólo al ámbito reproductivo.

Asimismo, Montecino (2017), plantea que configurar la maternidad ligada a los sacrificios, se relaciona con la figura de la Virgen, transformándose en estereotipos que “no sólo ocultan y naturalizan los enormes costos asociados a ejercer la maternidad, sino que la situación de opresión de las mujeres producto de la maternidad la revisten de ropajes de santidad (Virgen María) o de heroísmo (supermadre)” (Collins, 2002, como se citó en Álvarez, Ramm y Gideon, 2021, p. 368).

Rinaldi (2017), acerca de la maternidad sacrificada sostiene que “cuando nos aferramos a la idea de la maternidad como sacrificio, lo que realmente sacrificamos es nuestro sentido de identidad propia, como si fuera el precio que hay que pagar por tener hijos” (s.p). En este sentido, dejar de ver la maternidad como un sacrificio permite construir su representación discursiva de una manera más autónoma, pues le entrega libertad a la mujer y se le desliga de la labor sacrificial y al mismo tiempo, glorificada, de ser madre. Debido a que categorizar la maternidad como un sacrificio, produce que a las mujeres se les valore según sus luchas y sacrificios maternos o familiares, en el que priorizan el bienestar de sus hijos, sobre el propio.

Respecto a la imposición de ser madres y ver el cuerpo o su sistema reproductor como una máquina, Delicado-Moratalla (2021) señala que “en la medida en que las mujeres están próximas a las máquinas, se las conceptualiza también como obedientes, disponibles, manejables, complacientes, abnegadas” (p.46). Afirmaciones que inciden directamente en las desiguales de género, pues la mujer debe ser tratada como un ser humano, capaz de desarrollarse en otros ámbitos de sus vidas y no solo como una máquina reproductora que está en servicio de los demás para complacer sus necesidades.

Con respecto al supuesto de investigación formulado en este trabajo, el cual planteó que es posible identificar cómo los distintos factores éticos, valóricos y educacionales entregados por una universidad laica y por una universidad humanista cristiana, respectivamente, influyen en la visión de las y los estudiantes sobre las mujeres que deciden no ser madres, después de terminar el análisis, se puede afirmar, que el alumnado de una universidad laica aborda la no maternidad desde una perspectiva más integral y de género, aunque el alumnado de una universidad que adhiere a los valores del humanismo cristiano, tampoco genera precisamente estereotipos de género tendientes a vulneraciones de derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de mujeres que optan por la no maternidad.

De acuerdo con la información obtenida a través de las entrevistas aplicadas a estudiantes de ambas universidades, se concluye que la Universidad de Concepción, al ser una universidad laica, aborda la no maternidad desde una perspectiva de género, integral y respetuosa con sus pacientes, comprendiendo que la decisión de éstas, por optar a la no maternidad, no debería ser influenciada por los valores o pensamientos propios de cada profesional, sino que debe ser apoyada y educada.

La situación con estudiantes de la Universidad San Sebastián es similar, pues también consideran que las decisiones de sus pacientes deben ser respetadas a pesar de que ellos como profesionales no estén de acuerdo o no quieran realizar ciertas intervenciones relacionadas a un aborto. Según lo expresado en sus relatos, no se identifican estereotipos de género que podrían relacionarse a vulneraciones de derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, al conversar sobre temas relacionados al aborto o incluso sobre el ofrecimiento de anticoncepción universitaria, estudiantes de la Universidad San Sebastián sí expresan diferencias debido a las visiones éticas, valóricas y educaciones del humanismo cristiano. Lo anterior, también lo sustentan en base a la diferencia generacional por parte de profesores que existe dentro de la universidad.

Además de conocer y analizar la representación discursiva de la no maternidad, configurada por los estudiantes de Obstetricia y Puericultura, pertenecientes a la Universidad de Concepción y la Universidad San Sebastián, se identificaron hallazgos respecto al estereotipo clínico que existe sobre la no maternidad por parte del personal médico durante las atenciones. De acuerdo con la información entregada por las entrevistadas, a las mujeres que no desean ser madres se les asocia a mayores posibilidades de padecer ciertas patológicas médicas, se les trata de inmaduras, que se arrepentirán, e incluso la entrevistada N°4, perteneciente a la Universidad de Concepción, señala que “se les asocia a una enfermedad mental, las tratan de locas, que luego se van a arrepentir” (Alumna 4, tercer año).

Respecto a las patologías médicas asociadas a la no maternidad, la situación en la Universidad de Concepción es la siguiente: *“se dice que no ser madre está relacionado al cáncer de mama pero habría que revisar esa información. Si no, puede ser utilizada para atormentar con respecto a decisiones relacionadas con su maternidad”* (Alumna 3, tercer año), *“nos mencionan que tener hijos es menos riesgoso para tales cosas pero también es más riesgoso para otras”* (Alumna 5, cuarto año), *“no se dice los riesgos pero sí a veces los*

beneficios. Por ejemplo, los beneficios que da la lactancia, que es para prevenir cáncer y cosas así, pero de riesgo como tal no” (Alumna 7, quinto año).

En cambio, las estudiantes de la Universidad San Sebastián mencionan que *“hay ciertas patologías que la nuliparidad (no haber tenido partos) son factores de riesgos pero hay muchos más factores de riesgos en la multiparidad (haber tenido muchos partos) (Alumna 13, quinto año) y, que además se les enseña que las “mujeres que nunca han tenido hijos (como las monjas) hay ciertas enfermedades asociadas. Que el embarazo sería un factor protector porque pone en pausa los ciclos menstruales”. (Alumna 14, quinto año)*

Respecto al “posible arrepentimiento”, Lagarde (2005) afirma que las mujeres que rompen con lo socialmente esperado, sufren de estigmatización. En relación a la maternidad, a quienes no desean ser madres se les considera anormales y se les atribuyen condiciones psicológicas que justificarían su decisión. Entre ellas se encuentra la locura, la esterilidad y la incapacidad de amar y ser amada.

Además, se identificó otro hallazgo importante de señalar, acerca de los procedimientos médicos relacionados a la no maternidad. Una situación recurrente que mencionan estudiantes de ambas universidades, es que ginecólogas/os deciden no realizar ciertas cirugías a mujeres que no hayan sido madres, entre ellas, las esterilizaciones.

De acuerdo con las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad en Chile (2016) respecto a la esterilización femenina, es ilegal que el personal médico se niegue a realizarlo, justificando que la paciente es joven o que en un futuro se arrepentirá. Según la normativa, los principales requisitos son; ser mayor de edad y no tener discapacidad mental o cognitiva. Si la paciente cumple con lo anterior, el personal médico debe explicar en qué consiste, riesgos, beneficios, métodos anticonceptivos alternativos, y recalcar la irreversibilidad de la cirugía, además de firmar un documento donde entrega su consentimiento.

Si bien, en el documento antes señalado se afirma que “la edad temprana es el predictor de arrepentimiento más significativo, que llega al 20% de las mujeres esterilizadas a una edad joven”, no debe ser un factor por el que los médicos impidan realizarla, pues atenta en contra de la autonomía sexual y reproductiva de las pacientes. De esta misma manera, el tener hijos “por las dudas” se ha tratado de un mandato histórico que sólo pesa para las mujeres, pues en el caso de los hombres nunca es cuestionado, por lo que sigue siendo un factor de desigualdad para las mujeres.

El hecho expuesto se relaciona con la importancia de poseer una atención sexual y reproductiva integral, debido a que su inexistencia además de generar una mala atención, provoca que las personas dejen de preocuparse por este ámbito de su salud, ya que no son respetadas sus decisiones. La entrevistada N°7, perteneciente a quinto año de la Universidad de Concepción afirma, por ejemplo, que las pacientes “quizás a lo mejor no están tan ligadas a lo maternal, pero se pierden de sus controles de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) y simplemente porque alguien les hizo un mal comentario”.

Otro hallazgo de importancia que va en la misma línea, es que estudiantes de ambas carreras concluyen que los estereotipos de género están muy presentes en su ambiente laboral, pues los doctores o ginecólogos tienden a sentirse superiores a las matronas y matrones. *“A nosotras se nos agrega un peso que tiene que ver con los estereotipos de género versus lo que se le exige a los hombres”* (Alumna 14, quinto año, USS), *“a veces estábamos asistiendo en un parto y llegaba el ginecólogo y sin ninguna pregunta se metía en nuestro procedimiento. Quizás sí se ejerce una relación de poder por sexo, debido a que son puros hombres ginecólogos”* (Alumna 7, quinto año, USS), *“realmente no es que sepan más que nosotras sino que desde pequeños les enseñan que serán escuchados sí o sí y por ende, les dan más seguridad”* (Alumna 5, cuarto año, UdeC).

Las situaciones anteriores podrían ser explicadas en base al sexismo existente en la salud, a partir del cual por ser mujeres se le desliga de tareas que son su responsabilidad y no tienen el respeto que merecen como cualquier otro profesional. Queda evidenciado en particularmente en el área de la salud se dan relaciones altamente verticalizadas, lo que también se refleja en los salarios de cada profesional o trabajador. Es por esto que, de acuerdo con Durán y Duarte (2019) “cuando se habla de género, no solo se habla de mujeres, sino que se apela a las relaciones que socialmente se han construido con base en las diferencias sexuales” (p.110), en donde las desigualdades se deben a la jerarquización de las relaciones de género del modelo médico.

A partir de los resultados y hallazgos de la investigación, se propone que una línea de trabajo futura puede ser la representación discursiva de la no maternidad desde la mirada de ginecólogos y ginecólogas, puesto que en su mayoría estos profesionales son los que se oponen a realizar cirugías ligadas a la no maternidad, según los datos entregados por los y las entrevistadas que componen el corpus de este trabajo. Además, esta investigación genera distintos cuestionamientos acerca de varios aspectos de las carreras del área de la salud, la formación académica de dichos estudiantes, y la capacitación de profesoras y profesores en

temáticas de género, por lo que es necesario explorar la normativa que supervisa cuáles son los conocimientos entregados por las universidades en relación a temáticas de sexualidad y reproducción, ya que resulta inaceptable que debido a las creencias religiosas o valóricas de cada universidad, estudiantes no puedan obtener conocimientos claros acerca de la anticoncepción y acompañamiento luego de un aborto, los cuales son necesarios para desarrollar una atención sexual integral.

Referencias Bibliográficas

- Abundiz S. (2007). Elementos de la construcción, circulación y aplicación de las representaciones sociales”. En Rodríguez, T. y García, M.L (Eds.), *Representaciones sociales. Teoría de investigación* (pp.55-88). Editorial cucsh-udg
- Alcalá, I. (2015). Feminismos y maternidades en el siglo XXI. *Dilemata*, (18), 63–81. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/372>
- Álvarez, G., Ramm, A. y Jideon, J. (2021). *Maternidad y políticas públicas en Chile en el contexto del COVID-19*. *Revista SAAP*, 15(2). <https://doi.org/10.46468/rsaap.15.2.A5>
- Alzard, D. (2020). El deseo hostil de no ser madres: una identidad contrahegemónica. *Investigaciones Feministas*, 11(1), 21-30. <https://doi.org/10.5209/infe.66479>
- Anzorena, C. y Yáñez, S. (2013). Narrar la ambivalencia desde el cuerpo: diálogo sobre nuestras propias experiencias en torno a la “no-maternidad”. *Investigaciones Feministas*, (4), 221-239. https://doi.org/10.5209/rev_INFE.2013.v4.43890
- Asociación Chilena para la Protección de la Familia y Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe. (2008). *Despenalización del aborto en situaciones biopsicosociales calificadas en que se vulneran gravemente los derechos de las mujeres*. <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/752/Doc-consenso-Aprofa-Chile2008.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Aponte, É. y Femenías M. (2008). *Articulaciones sobre la violencia contra las mujeres*. Universidad Nacional de La Plata.
- Astete, C., Beca, J. y Lecaros, A. (2014). Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. *Revista médica de Chile*, 142(11), 1449-1451. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001100012>
- Ávila, M.B. (2000). *Feminismo y ciudadanía: La producción de nuevos derechos*. <https://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/r38414.pdf>

- Ávila, Y. (2005). Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres. *Desacatos*, (17), 107-126. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13901707>
- Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal?. Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Paidós.
- Barrantes, K. y Cubero, M. F. (2014). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Wimb Lu*, 9(1), 29–42. <https://doi.org/10.15517/wl.v9i1.15248>
- Berger, P. y Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores. <https://zoonpolitikonmx.files.wordpress.com/2014/09/la-construccic3b3n-social-de-la-realidad-berger-luckmann.pdf>
- Beauvoir, S. (1949). *El Segundo Sexo*.
- Butler, J. (2007). *El Género en Disputa. El Feminismo y la Subversión de la Identidad*. Paidós.
- Bruel, T. (2008). *Representaciones sociales de género: un estudio psicosocial acerca de lo masculino y lo femenino* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma De Madrid]. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3965/27615_bruel_dos_santos_teresa_cristina.pdf?sequence=1
- Capdevielle, P. y Arlettaz, F. (2019). *Laicidad y principio de autonomía. Una mirada desde los derechos sexuales y reproductivos*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Carrasco, S. (2009). *Universo. Metodología de investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*
- Cerda, L. (2020) Formación profesional de la matrona/matrón en Chile: años de historia. *Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología*, 85(2), 115-122. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000200115>

- Cisneros, K. (2021). *Partería feminista, una alternativa para las mujeres durante pandemia*. Desinformemonos. <https://desinformemonos.org/parteria-feminista-una-alternativa-para-las-mujeres-durante-pandemia/>
- Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica (2020). *Primera encuesta nacional de violencia ginecológica y obstétrica. Síntesis de resultados*. https://lajugueramagazine.cl/wp-content/uploads/2020/09/Resultados-GinObs-2019-2020_julio.pdf
- Corporación Miles Chile. (2018). *Segundo Informe Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile 2017-2018*. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1148>
- Corporación Miles Chile. (2021). *Tercer Informe sobre Derechos, Salud Sexual Reproductiva y Violencia de Género en Chile*. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1427>
- Charaudeau, P. y Maingueneau, D. (2005). *Diccionario de análisis del discurso*. Argentina: Amorrortu ediciones.
- Damián, G. y Paredes, L. (2004). La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva. *Sociológica*, 19(54), 125-153. <https://www.redalyc.org/pdf/3050/305026633005.pdf>
- Delicado-Moratalla, L. (2021). *El embarazo es una máquina, no una mujer» Deshumanización y sexismo misógino en el planteamiento favorable al 'trabajo gestacional'*. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (10), 41–50. <https://doi.org/10.15366/jfgws2021.10.005>
- Del Patro, J. (2014). ¿Cómo construye representaciones discursivas la prensa digital? El caso de las mujeres migrantes en Comodoro Rivadavia. *Textos y Contextos desde el sur*, 1(2). 27-47
- Díaz, A. (2021). *Descripción, conservación y difusión: una aproximación a la colección de ginecología y obstetricia*. Museo Nacional de Medicina.

- Donoso, E. y Vera, C. (2016). El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales. *Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología*, 81(6),534 – 545. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n6/art14.pdf>
- Durán, D. y Duarte, C. (2019). Perspectiva de género en la relación entre profesionales del área de la salud con usuarios y usuarias: Una revisión de la literatura. *Sophia Austral* , (24), 103-117. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-56052019000200103>
- Engelmann, A. (2 de septiembre de 2020). *¿Será deseada? Reflexiones sobre el mandato de maternidad*. Revista Movimiento. <https://revistamovimiento.com/genero/sera-deseada-reflexiones-sobre-el-mandato-de-maternidad/>
- Facio, A. (2008). *Los Derechos Reproductivos son Derechos Humanos*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos
- Facio, A. y Fries L. (2005). Feminismo, género y patriarcado. *Academia*, 3(6), 259-294. <https://www.repositorio.ciem.ucr.ac.cr/bitstream/123456789/122/1/RCIEM105.pdf>
- Federeci, S. (2010). *Calibán y la Bruja. Mujeres, Cuerpo y Acumulación Originaria*. Traficantes de Sueños.
- Flores, M. y Garmendia, M. (2021). Tendencia y causas de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2018. *Revista médica de Chile*, 149(10), 1440-1449. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021001001440>
- Flores, R. (2007). Representaciones de género de profesores y profesoras de matemática, y su incidencia en los resultados académicos de alumnos y alumnas. *Revista Iberoamericana De Educación*, 43(1), 103-118. <https://rieoei.org/historico/documentos/RIE43A05.PDF>
- Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer [PRODEMU]. (2016). *Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres*. <https://prodemu.feriasprodemu.cl/wp-content/uploads/2021/coleccion%20mujeres%20empoderadas/02.Derechos-sexuales-y-reproductivos-de-las-mujeres.pdf?t=1617206840>

- González, F. (2000) *Investigación Cualitativa en Psicología: rumbos y desafíos*. International Thomson Editores.
- González, M. (2010). *Las parteras tradicionales como parte del sistema de salud pública intercultural de Bolivia*. [Tesis de especialidad, Universidad Mayor de San Andrés]. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/15485>
- Heritier, F. (2007). *Masculino/femenino II: disolver la jerarquía*. Fondo de Cultura Económica. https://hum.unne.edu.ar/generoysex/seminario1/s1_07.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana Editores
- Instituto Nacional de Estadísticas [INE]. (2022) *Boletín De Estadísticas Vitales: Cifras provisionales 2020*. https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/estad%C3%ADsticas-vitales-cifras-provisionales-2020.pdf?sfvrsn=3f5da8b1_6
- Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. S. Moscovici (Ed.), *Psicología Social II : Pensamiento y vida social*. Barcelona, Paidós.
- Jodelet, D. y Guerrero, A. (2000). *Develando la Cultura: Estudios en representaciones sociales*. Universidad Nacional Autónoma De México. <https://taniars.files.wordpress.com/2009/02/develando-la-cultura.pdf>
- Lagarde, M. (1991). *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. Puntos de Encuentro.
- Lagarde, M. (2005) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría "género". *Nueva Antropología*, VIII(30), 173-198. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15903009>

- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 1-24.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>
- Lerner, G. (1986). *La creación del patriarcado*. Editorial Crítica
- López, P.L. (2004). Población, muestra y muestreo. *Punto Cero*, 09(08), 69-74.
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rpc/v09n08/v09n08a12.pdf>
- Mandujano, Y. (2021). Ser childfree en México: narrativas personales de quienes no desean ser madres o padres y su negociación con los estigmas sociales. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*, 7(1), 1-33. <https://doi.org/10.24201/reg.v7i1.756>
- Mantilla Falcón, J. (1996). La conceptualización del género y su importancia a nivel internacional. *Agenda Internacional*, 3(6), 153-167.
<https://doi.org/10.18800/agenda.199601.006>
- Martín, A. y Ramacciotti, K. (2016). Profesiones sociosanitarias: Género e Historia. *Avances del Cesor*, 13(15), 81-92.
<http://www.scielo.org.ar/pdf/avances/v13n15/v13n15a04.pdf>
- Martín I. (2014). *Movimiento Childfree: Sin hijos por elección*. Revista Electrónica EsVivir.
<http://www.esvivir.com/noticia/894/movimiento-childfree-sin-hijos-por-eleccion>
- Mason, P. (2016). *Violencia institucional en México: análisis crítico del discurso sobre la penalización del aborto y los derechos humanos de las mujeres*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Querétaro].
<http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/7681/1/RI007439.pdf>
- Mata, M.C. (1997) Cómo elaborar muestras para los sondeos de audiencias. *Cuadernos de investigación* (5). (s.p.)
- Meneses, A. (2008). Leer y escribir en una escuela chilena: Representaciones discursivas de los diferentes agentes educativos en las áreas prioritarias del currículo escolar en

NB3. *Revista signos*, 41(67), 257-278. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-09342008000200010>

Ministerio de Salud. (2016). *Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad*. Gobierno de Chile. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf

Molina, M. E. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhé*, 15(2), 93-103. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282006000200009>

Montecino, S. (1991) *Madres y huachos: alegorías del mestizaje chileno*. Editorial Sudamericana

Montecino, S. (2017). *Madres y huachos. Alegorías del mestizaje chileno*. Editorial Catalonia.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2, 1-25. <https://atheneadigital.net/article/view/n2-mora/55-pdf-es>

Moscovici, S. (1969). [La teoría de las representaciones sociales]. https://www.miteco.gob.es/ministerio/pags/biblioteca/fondo/pdf/87506_6.pdf

Nueva mujer. (17 de marzo 2016). *Conoce a las NoMo, mujeres que han decidido que no quieren ser mamá*. <https://www.nuevamujer.com/todos/2016/03/17/conoce-nomo-mujeres-que-han-decidido-que-no-quieren-mamas.html>

Obregón, N. Armenta, C. Arari, D. y Ortiz-Izquierdo, R. (2020). Diferencias sobre las creencias hacia la maternidad en mujeres. *Revista de Psicología*, 19(1), 104-119. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe047>

Olmeda, A. y Frutos, I. (2001). *Teoría y análisis de género: Guía metodológica para trabajar con grupos*. Asociación Mujeres Jóvenes. <https://www.generoydrogodependencias.org/wp-content/uploads/2011/03/TEORÍA-Y-ANÁLISIS-DE-GÉNERO.-Gu%C3%ADa-metodológica-para-trabajar-con-grupos..pdf>

- Ortiz, T. (1996). *La educación de las matronas en la Europa moderna ¿Liberación o subordinación?*. Universidad de Granada.
- Pacheco, P. (2020). *El cuerpo de la mujer como objeto de representación*. [Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar]
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8024/1/T3459-MEC-Pacheco-El%20cuerpo.pdf>
- Perera, M. (2003) A Propósito de Las Representaciones Sociales. Apuntes Teóricos, Trayectoria Y Actualidad. *Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas*. 1-35. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/handle/CLACSO/5598>
- Pozzio, M. (2014). El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada”: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecología en México. *Salud Colectiva*, 10(3), 325-337. <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v10n3/v10n3a04.pdf>
- Quiroz, L. (2012). De la comadrona a la obstetrix. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX. *Dynamis*, 32 (2), 415-437. <https://scielo.isciii.es/pdf/dyn/v32n2/07.pdf>
- Raiter, A. (2002) Representaciones sociales. En Zullo, J, Sánchez, K, Szretter, M, Bash, M, Belloro, V, Pérez, S. y García, P (Eds.), *Representaciones Sociales* (pp.1-21). Eudeba.
- Ramos, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 23(3), 201-220. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n3/a10v23n3.pdf>
- Rinaldi, K. (17 de septiembre de 2017). *La maternidad no es un sacrificio*. The New York Times. <https://www.nytimes.com/es/2017/09/17/espanol/opinion/la-maternidad-no-es-un-sacrificio.html>
- Salvalnet. (03 de noviembre de 2014) *180 años de obstetricia en Chile: mujeres que dan vida*. <https://www.salvalnet.cl/mundo-medico/reportajes/180-anos-de-obstetricia-en-chile-mujeres-que-dan-vida.html>

- Sánchez, K. (2022). *No quiero ni puedo criar: natalidad a la baja en Chile*. POUSTA.
<https://pousta.com/criar-natalidad-baja-chile/>
- Sánchez, M. (2016). Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. *Opción*, 32(13), 921-953.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31048483044>
- Servicio de Información de Educación Superior. (2020). *Informe 2020: Retención de 1er año de Pregrado cohortes 2015-2019*. Subsecretaría de Educación Superior.
https://www.mifuturo.cl/wp-content/uploads/2020/12/Informe_retencion_pregrado_SIES_2020.pdf
- Servicio Nacional de la Mujer. (2003). *Chile: Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos*.
https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/chile_situac_salud_y_der_sex_y_rep.pdf
- Tasa-Vinyals, E. (2015) Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (113), 14-25.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207966>
- Urquieta, C. (9 de julio de 2014) *La política de la Universidad Católica que impide la entrega de recetas de anticonceptivos en su red de Salud*. El Mostrador.
<https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2014/07/09/la-politica-de-la-universidad-catolica-que-impide-la-entrega-de-recetas-de-anticonceptivos-en-su-red-de-salud/#:~:text=A%20veces%20usamos%20anticonceptivos%20orales,no%20entregar%20métodos%20anticonceptivos%20artificiales.>
- van Dijk, T. (1997). Discurso, cognición y sociedad. *Signos*, 8(22), 66-74.
<http://www.discursos.org/oldarticles/Discurso%20cognicion%20y%20sociedad.pdf>
- Valdés, T. y Guajardo, G. (2007). *Estado del arte: investigación sobre sexualidad y derechos sexuales en Chile (1990-2002)*. Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos. <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/estadodelarte-chile.pdf>

- Vázquez, M.G. (2017). *Muestreo probabilístico y no probabilístico*. Universidad del Istmo. <https://www.gestiopolis.com/wp-content/uploads/2017/02/muestreo-probabilistico-no-probabilistico-guadalupe.pdf>
- Vidal, P. (2005). *Representación de la Pobreza desde el Programa Puente* [Tesis de Maestría, Universidad de Chile]. https://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2005/vidal_p/sources/vidal_p.pdf
- Villalobos, M. (2019). *La partería: una perspectiva feminista sobre el cuidado*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/77843>
- Wu, Y. (2021). *Racismo: discursivo sobre los chinos y asiáticos en los medios de comunicación chilenos e internacionales en el marco de la pandemia coronavirus* [Tesis de Maestría, Universidad de Concepción]. <http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/9432>

Anexos

Entrevistas realizadas a estudiantes de Obstetricia y Puericultura pertenecientes a la Universidad de Concepción

Alumna 1, primer año, Universidad de Concepción

¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social? Por ejemplo que por el hecho de ser mujer se debe ser madre o que ser madre se relaciona con la feminidad, con ser cariñosa, entre otras.

Sí. Porque desde la antigüedad se ha creado la idea de que la única obligación de la mujer es ser madre, el único objetivo de la mujer es ser madre. Entonces es un constructo social que se ha creado desde la antigüedad donde se dice que el objetivo por el que nacemos es seguir procreando y seguir la reproducción.

“La mujer está destinada a ser madre”. ¿Qué opina de esta afirmación?

No, la mujer puede ser mucho más. Puede ser todo lo que ella quiera, si ella quiere ser madre está completamente validado, pero si no quiere ser madre, su razón de ser no termina ahí.

Desde su perspectiva, ¿qué características debería tener una buena mamá y un buen padre?

Una buena madre encuentro que debe ser quien se preocupa de los distintos ámbitos del niño o niña en cuestión. Tanto en el ámbito económico como mantención emocional. Poder contener emocionalmente a ese niño o niña, darle todo lo que necesita para crear un ambiente seguro y que sea sano tanto mental como físicamente. Caracterizaría de la misma manera a un buen padre. Está la creencia de que el padre mantiene y la madre es la que se queda al cuidado, creencia que debería dejarse de lado porque él padre no es un banco, él debería contener emocionalmente, entregar apoyo y cariño, tanto como en lo económico. Debería ser una coparentalidad en vez de unos roles definidos.

En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza?

Estoy completamente de acuerdo. Ambos son padres por ende la responsabilidad es de ambos deberían compartirla.

Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión?

Es completamente válida. Si una mujer no quiere ser madre, por cualquier razón o simplemente no se siente preparada, o no siente la vocación de ser madre es completamente válido, no todos nacemos para lo mismo.

¿Existen prejuicios sobre las mujeres que deciden no ser madres en el ámbito clínico?

Sí, completamente. Aún no tengo ninguna experiencia respecto a eso porque voy en primer año pero muchas veces he escuchado que hay personas que se quieren esterilizar después de una cesárea o un parto y les dicen que no porque aún puede seguir teniendo hijos. Incluso en personas jóvenes que quieren operarse porque no desean tener hijos sucede lo mismo y los doctores terminan decidiendo por los pacientes. Lo cual no debería ser, debería ser ilegal que un doctor no te permita realizar una operación y que además no afectara la salud del paciente.

¿Tiene conocimiento si a las mujeres que desean no ser madres se les asocia un mayor riesgo de padecer ciertas patologías médicas?

Aún no llego a ese conocimiento pero hay una operación donde se remueve el útero y en ese caso serviría para prevenir o cortar de raíz el cáncer uterino. Así que para las personas que padecen este cáncer y aún no han tenido hijos, nunca he visto el caso donde se lo impidan hacer.

¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente?

Encuentro que como personal de la salud no deberíamos tener incidencia en la opinión de un paciente respecto a su reproducción. El personal de salud de más edad puede llegar a ser más prejuiciosos y decir que las mujeres son inmaduras por no ser madres. Espero que actualmente no se dé porque considero que somos mucho más abiertos de mente y entendemos que el paciente es el centro del modelo de salud actual y que es su decisión. El paciente es autónomo y puede elegir completamente si tener hijos o no.

¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura?

Sí. Para empezar siempre dicen que todas son mujeres y la verdad es que no es así porque igual tengo algunos compañeros. Además, dicen que todos los hombres que entran a estudiar la carrera es porque son homosexuales y tampoco es necesariamente correcto. También se piensa que la carrera solo se centra en el embarazo de la mujer, el parto y un poco de puerperio, pero la obstetra ve mucho más aparte de eso.

¿Existe un trato distinto hacia sus compañeros hombres?

En mi generación hay cinco hombres pero no existe un trato distinto, a algunos profesores se les olvida y ocupan pronombres femeninos pero aparte de eso no hay ninguna otra diferencia.

Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva? Quizás no solo visto desde el ámbito de los pacientes, sino también visto desde la perspectiva de ustedes como profesionales. ¿Existe alguna desigualdad en temas de género?

En esta área, centrándome solo en la obstetricia, no creo que haya ningún problema de desigualdad por el hecho de ser mujer ya que la gran mayoría de las obstetras son mujeres. Sin embargo, dentro del área de la salud en general, juntando todas las especialidades, tal vez podría llegar a suceder porque los doctores tienden a menospreciar un poco las otras carreras de la salud que ellos consideran inferiores. Pero aparte de eso, no creo que sucedan otras situaciones. Aunque otro estereotipo que puede influir es que si una mujer acude a una consulta de obstetricia y la atiende un hombre, la mujer sentirá más confianza con una matrona.

¿Considera importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica?

Sí, completamente, por ejemplo, las personas transexuales se deberían poder atender con una obstetra ejerciendo su elección de sexo sin discriminación.

En relación a lo anterior, ¿dentro de su carrera imparten clases sobre cómo atender a personas transexuales o que pertenecen a las disidencias sexuales?

Lo hemos mencionado un par de veces porque volviendo al tema de los estereotipos, siempre se cree que las mujeres son las únicas que acuden a la matrona, y no es así. La matrona es encargada de la atención sexual, así que cualquier persona, de cualquier género puede atenderse con nosotras.

¿Por qué decidió estudiar Obstetricia?

Siempre fue mi primera opción, aunque al principio igual pensaba que era solamente atender partos y educación sexual. Siempre me gustó la idea de ayudar en ese proceso, educar y concientizar sobre la salud sexual. Además, el hecho de que tuve varios casos cercanos de violencia obstétrica y quería marcar la diferencia. Por ejemplo, antiguamente a las mujeres jóvenes, adolescentes se les trataba muy mal en el hospital cuando iban a tener un bebé y la verdad es que yo quería que eso terminara y quería ser parte del cambio.

¿Por qué en la Universidad de Concepción?

Mis papás estudiaron acá y porque no me quería ir a Santiago.

¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educaciones, entregados por la universidad en la que estudia?

Sí muchísimo. Por ejemplo, cuando revisé el tema de las mallas curriculares no entendía por qué la Udec era tan humanista, se centra mucho en el tema ético y después cuando las profesoras nos explicaban las labores que vamos a tener, es sumamente importante el tema tanto ético como social. Porque no solamente vemos el dolor físico del paciente, debemos enfocarnos en el área social, el contexto psicosocial en el que está inmerso esa persona. Por eso es muy importante que no nos hagan máquinas de parir, sino que somos personas, somos personas somos un recurso humano por así decirlo y tenemos que demostrar humanidad frente a los pacientes.

¿Qué opina de los valores que imparte tu universidad? Que se cataloga como una universidad laica y de libertad de opinión

Una de las razones por la que vine a estudiar acá es porque la Universidad de Concepción es laica. Siendo estudiante de obstetricia, uno elige si pertenece a alguna religión pero hay muchas cosas que la religión no te permite hacer. No está a favor del aborto, y por ejemplo algo que nosotros siempre vamos a ver es la educación sexual integral tanto en niños, adolescentes y adultos. Es por eso que resulta esencial para la carrera que la universidad no esté regida por una religión.

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa su universidad el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

No lo hemos conversado mucho porque igual llevamos poco tiempo. Hemos hablado de ser madre, pero por ejemplo, si una mujer llega a buscar métodos anticonceptivos, nunca se les puede negar. Porque es decisión de cada uno cómo cuida su cuerpo, si desea ser madre o no. Considerando que tener un bebé es una responsabilidad inmensa, así que son muy valientes las personas que deciden no tenerlos, porque es una decisión que conlleva muchos prejuicios.

¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?

Desde la universidad siempre nos imponen valores como la empatía y la solidaridad porque quizás trabajemos con personas que han sido agredidas tanto sexualmente como físicamente o mentalmente incluso. Pero en el caso de la atención uno como matrona se tiene que adaptar, no puede imponer sus valores o creencias por sobre el otro porque piensa que es superior. Todos los valores o pensamientos son completamente válidos.

¿Considera que desde su universidad entregan herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización?

Es un poquito temprano como para responder eso, pero si nos enseñan a respetar todas las decisiones de nuestros pacientes, que es sistema de salud no es como el de antes que se enfocaba solo en lo maternal, sino que ahora es más un tema de autonomía. Nos enseñan mucho la autonomía del paciente, que uno puede aconsejarlo, guiarlo pero nunca decidir por él.

Dentro de la malla curricular de su carrera, ¿existe algún momento en el que impartan enseñanzas sobre una atención diferenciada hacia quienes desean no ser madres? O quizás no diferenciada pero integral y respetuosa

Mira, creo que no me voy a chequearlo. Lo que viene integrado a eso sería ética y bioética ahora en salud pública y Salud Familiar y Comunitaria. Ahí yo diría que está integrado el tema de cómo atender bien al paciente, incluso cuando la maternidad no es deseada, porque la atención de salud familiar se refiere tanto a cuando existe un modelo familiar o cuando no se quiere hacer. Por ejemplo, los métodos anticonceptivos igual entrarían en salud familiar, ya que la planificación es tanto cuando se quiere formar la familia o cuando no se quiere formar.

¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?

Debe tener un enfoque bio-psicosocial. Tiene que enfocarse tanto en la parte biológica y psicológica. Nosotros no podemos llegar y decir "le duele la cabeza, tómese un paracetamol", lo que tenemos que hacer es preguntarle en qué contexto tanto social como cultural se encuentra en ese momento. El enfoque tiene que ser mucho más amplio aparte de enfocarnos solamente en la enfermedad lo la dolencia.

En relación al aborto, desde su perspectiva, ¿qué le parece esta decisión?

Está bien, es completamente válida porque no se debería por qué obligar a una mujer a ser madre si no quiere serlo. Incluso los métodos anticonceptivos siempre pueden fallar, ninguno es 100% efectivo. Además, ¿cuál será el destino del niño en cuestión? Si una madre no quiere tenerlo y lo debe hacer por obligación, puede tener problemas psicológicos debido al rechazo, puede terminar en adopción o en un lugar como el Sename que es de conocimiento público que no es lo recomendable para nada, es un lugar nefasto.

Considerando también la implicancia emocional de la mujer que va a llevar a cabo el embarazo, porque el parto no es algo fácil, hay mucha enredadera de hormonas que le pueden causar depresión post parto, incluso hasta un suicidio. Así que la mejor vía sería un aborto mientras esté permitido, por un lado para el feto que luego será un niño con deficiencias sociales, psicológicas, emocionales y por el otro lado para la madre, que puede caer en alguna en algún tipo de depresión.

Desde la perspectiva o enseñanzas de su universidad, ¿cómo abordan esta decisión?

¿Lo conversan dentro de algún ramo o no se le da tanta importancia?

Aún no hemos conversado netamente el tema del aborto pero sí lo hemos mencionado varias veces, ya sea el aborto espontáneo o los abortos voluntarios y se respeta mucho la opinión de la mujer.

¿Conversan acerca del trato que deberían tener con personas que estén pasando por un aborto?

Aún no, eso lo hablamos sobre todo en psicología pero aún no llegamos a ese punto. Ahí también conversamos sobre las depresiones post parto, el tema del apego del recién nacido, entre otras cosas.

En caso de haber realizado alguna práctica o internado, ¿ha visto situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes? O quizás en el

análisis de casos, ¿sus profesores han planteado cómo se deberían abordar situaciones de una manera más integral y respetuosa con la paciente?

Como voy en primer año no lo hemos visto aún. Pero sí conozco casos aparte de la universidad, de familiares, que no les han permitido esterilizarse después de un parto porque aún estaban en edad fértil. Una persona que había tenido 3 hijos no le permitieron operarse porque le decían que podría tener más. U otro caso donde una paciente tuvo que llevar un consentimiento de su esposo para poder operarse.

En relación al tiempo que lleva en la carrera, ¿le gustaría cambiar, abordar o integrar algo?

Encuentro que al menos la Universidad de Concepción es muy completa porque se enfoca mucho en el ámbito biológico a su debido tiempo y también posee el enfoque bioético, que ve el lado más integral.

Alumna 2, segundo año, Universidad de Concepción

¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social? Por ejemplo que por el hecho de ser mujer se debe ser madre o que ser madre se relaciona con la feminidad, con ser cariñosa, entre otras.

Sí. La forma en la que vemos la maternidad es lo que nos dijeron sobre cómo debemos hacerlo y en eso salen como mucho errores. Por ejemplo, no sé si tú has escuchado cuando un bebé está llorando y alguien le dice "no, déjalo llorar, así se hace fuerte" y eso es un error y tiene problemas en el apego. Entonces la forma en la que vemos la maternidad y en la que la hacemos, depende de cómo nos enseñan.

“La mujer está destinada a ser madre”. ¿Qué opina de esta afirmación?

Para mí es erróneo, siento que el ver a la maternidad como una obligación, evita que se haga de buena manera. Todo lo que uno hace obligado, no lo hace con las ganas.

Desde su perspectiva, ¿qué características debería tener una buena mamá y un buen padre?

Bueno, una buena mamá primero tiene que desearlo. Segundo, debe estar bien informada y siento que es una ventaja y desventaja al mismo tiempo, porque ahora con la tecnología podemos googlear cualquier cosa y encontramos mucha información pero igual al mismo tiempo, hay información incorrecta. Bueno yo no soy mamá, así que no tengo la experiencia de cómo ser una buena mamá pero digamos que la experiencia de una mamá primeriza no va a ser igual que cuando lleva varios años. Es un proceso, evolución constante, no solo desarrollo del hijo o hija, sino que también de la madre. En este mismo sentido, a un buen padre lo caracterizaría igual, necesita lo mismo.

En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza?

Es lo mejor, porque la maternidad es algo tan difícil, requiere tanto tiempo, tanto esfuerzo, que dejarle el peso a una personas es mucho, es abismal. Incluso, podemos verlo desde la perspectiva de ese hijo o hija, en el que será cercano solo con la mamá o solo con el papá. Entonces si no hay cierto apego, igual afecta en la crianza.

Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión?

Es completamente personal, como lo habíamos dicho antes, al final lo principal de la maternidad es ser deseada, una de las cosas más importantes.

¿Existen prejuicios sobre las mujeres que deciden no ser madres en el ámbito clínico? Como por ejemplo a enfermedades asociadas.

En el ámbito clínico no tanto. Por ejemplo, cuando un hombre quiere hacerse la vasectomía no es tan cuestionado pero cuando una mujer quiere hacerse la ligadura de trompas es cuestionada. Incluso, -afortunadamente ya no- antes se tenían requisitos para hacerlo, tenía que tener la aprobación de la pareja y una cierta cantidad de hijos. Entonces, aunque se ha ido intentando quitar un poco eso, todavía existe.

¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente?

Si es lamentable que suceda. O sea, yo tengo que hacer una atención para la persona que estoy atendiendo, no para mí. Uno llega a la universidad con sus propios prejuicios y las cosas que les enseñaron y se gradúan muchas veces siguiendo esto porque es difícil quitarte algo de la cabeza que desde pequeño te dijeron que es así. Entonces, es una traba cuando el profesional no sigue el pensamiento de su usuaria. Finalmente, la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que también cuenta lo psicológico, entonces si yo quiero hacerla la ligadura de trompas, y veo que el ginecólogo que me está atendiendo me empieza a cuestionar y decirme "no, como se te ocurre. Tú tienes que tener hijos para ser una persona llena" eso igual me afectará de manera psicológica y no está entregando la calidad de atención que necesito.

¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura?

Sí, yo creo que por el trabajo hay muchos estereotipos en distintas áreas. Por ejemplo, en mecánica e ingeniería igual está el estereotipo, pero al revés porque es una carrera de hombre y no de mujeres. En mi generación de obstetricia somos 90 alumnas y dentro de ellas máximo 9 son hombres. Entonces, hablando con otras generaciones estaban muy impresionados de que hubieran tantos hombres porque en esos curso hay muy pocos. Incluso durante la clase, mi profesora nos preguntó que estereotipo nos habían dicho al entrar a la carrera y a un compañero le dijeron que era pervertido y que entró a la carrera solo porque querían ver a las mujeres desnudas, cuando en realidad le gustaba la carrera. Es algo que a mí nunca me lo dijeron o nunca cuestionaron mi sexualidad por entrar a la carrera.

Otro estereotipo es que, en el área gineco-obstetra, mejor seas un médico con esa especialidad pero una matrona con esa especialidad no. Me han dicho que en el hospital la jerarquía está muy marcada, a los médicos se les trata con mucho respeto pero entre colegas es más normal. Se alaga mucho a los médicos.

Mencionó que tiene compañeros, ¿existe algún trato distinto hacia ellos?

Yo por lo menos no he sentido nada desde las profesoras como que no hay como trato distinto y tampoco he visto entre los mismos alumnos así como la chiquilla ahí

Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva? Quizás no solo visto desde el ámbito de los pacientes, sino también visto desde la perspectiva de ustedes como profesionales. ¿Existe alguna desigualdad en temas de género?

Sí, por lo que me han contado las profesoras es que sí va a estar esta cierta jerarquía, donde uno no se siente bien trabajando. Se entiende que los médicos tengan más años de estudio pero eso no quiere decir que nuestra voz es inferior. Incluso me cuestioné, que por ejemplo, haciendo una atención me encuentro con una mujer que me dice "yo no quiero tener relaciones sexuales pero me veo en la obligación porque quiero complacer a mi pololo", es algo que ella va a tener tan internalizado en su cabeza -que posiblemente le dijeron desde chica- y ¿cómo

yo podría romperlo?. Es algo difícil, evitar que una persona siga un estereotipo que le puede hacer daño.

¿Considera importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica?

Sí, muy importante. Es algo que nos han intentado inculcar, tener ciertos cuidados con la discriminación y la violencia obstétrica, porque al final no es solo dar una atención, sino darla de buena forma y que la persona se sienta conforme con la atención.

Una de las meta que intentamos cumplir es que una persona vaya a tiempo a una atención médica. Porque por ejemplo, no es lo mismo que una persona vaya cuando recién empieza a tener síntomas de alguna enfermedad, a que vaya cuando ya la tiene más más avanzada. Es más fácil tratarla al principio. Entonces si yo doy una mala atención o no hago sentir cómoda a mi usuaria, no va a tener ganas de volver. Incluso, hay cierta desventaja en las mujeres por el hecho de que muchas veces son cuidadoras, entonces uno deja de lado su propia salud y asisten cuando ya no pueden continuar con su vida normal.

¿Por qué decidió estudiar Obstetricia?

Bueno, al principio no sabía que estudiar, por lo menos no tengo muchos familiares que hayan estudiado, todos terminaron cuarto y llegaron hasta ahí. Entonces no tenía a alguien que me dijera su experiencia en alguna carrera. Quería estudiar algo relacionado con el arte pero siempre está esa idea de que vas a morir de hambre si estudias algo relacionado con el arte. Entonces elegí obstetricia un poco presionada pero me llegué a enamorar de la carrera y estoy súper feliz. Siento que fue una excelente decisión porque creo que puede hacer una diferencia en las personas. No estoy aquí como para salvar vidas porque es imposible pero sí podemos mejorar la calidad de salud de esas personas.

¿Por qué en Universidad de Concepción?

Porque ir a Santiago a estudiar era difícil para mí y bueno la Universidad de Concepción está adscrita a gratuidad.

¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educaciones, entregados por la universidad en la que estudia?

Sí, de hecho tenemos un ramo sobre ética y bioética e incluso sobre desarrollo personal en donde se intenta inculcar eso. Siento que es importante porque muchas veces olvidamos que estamos atendiendo a personas. Además, generalmente no me voy a encontrar con personas con buena salud y si yo genero un lazo muy fuerte con esa persona -puede llegar a morir-, me va a afectar mucho, entonces es importante tener un poquito de frialdad al mismo tiempo, para que no me afecte tanto a mi como persona pero sin deshumanizar.

¿Qué opina de los valores que imparte su universidad? Pues está cataloga como una universidad laica y de libre pensamiento

Creo que es importante que la universidad y cualquier centro educativo sea así. Porque la educación es un derecho para todos, entonces si llega una persona de otra religión se puede sentir mal porque no siguen sus creencias. Entonces hay que dejarle la opción a cada persona de creer en lo que siente. Por ejemplo, yo estuve en un colegio católico y más de alguna vez un compañero se quejó porque él era ateo, entonces al final sí es una traba.

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa su universidad el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

Bueno, yo no he tenido muchas clases prácticas por así decirlo, he tenido más clases teóricas y si se han tocado. No una clase en específico sobre eso pero sí en distintas clases, cuando llega el momento. Las profesoras son bastante abiertas en responder preguntas también.

¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?

Siento que es casi imposible, porque uno tiene los tiene muy arraigados. Pero hay que pensar que esa otra persona tiene el derecho de creer en sus propias creencias y hay que atenderla de la misma forma en la que uno atendería a alguien que piense igual que yo. No puedo discriminarla porque eso va a influir en la atención integral y en cómo se va a sentir esa persona, eso es muy importante, va relacionado con la violencia obstétrica igual. Por ejemplo, una tía cuando tuvo su segundo parto tuvo una muy mala experiencia y tuvo mucha relación en cómo la hicieron sentir, entonces a pesar de que le gustaría tener más hijos tiene miedo de pasar por la misma experiencia. La forma en que pensamos y nuestros propios prejuicios afecta, y de cierta forma podemos deshumanizar a la usuaria, ataca la autonomía del paciente.

¿Considera que desde su universidad entregan herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización?

Eso yo creo que lo entregarían en los ramos clínicos, y yo todavía no paso por ahí.

Dentro de la malla curricular de su carrera, ¿existe algún momento en el que impartan enseñanzas sobre una atención diferenciada hacia quienes desean no ser madres? O quizás no diferenciada pero integral y respetuosa

Un ramo como tal, no. Pero sí, dentro de otros ramos hemos hablado de esas situaciones.

¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?

Que aborde todos los ángulos de una persona, como te decía antes la salud no es solo la ausencia de enfermedades y muchas veces nos centramos solo en lo biomédico, que su cuerpo esté bien pero una persona tiene otros aspectos del cuerpo. Entonces, no podemos solo centrarnos en una cosa y tampoco podemos hacer el mismo tipo de atención para todas las personas. Por ejemplo, cuando una persona va y le preguntamos qué método anticonceptivo utiliza, automáticamente damos por asumido que esa personas es heterosexual pero puede que sea lesbiana y ahí se necesitan métodos de barrera para evitar el paso de una infección sexual pero no necesariamente un método anticonceptivo. Se debe entender que no todas las personas son iguales.

Con respecto a lo que mencionó, ¿dentro de su carrera imparten clases sobre cómo atender a personas transexuales o que pertenecen a las disidencias sexuales?

Sí, se habla de esto. Incluso en antropología tuvimos una unidad sobre eso. También, en clases de sexualidad para entender los términos. Por ejemplo, yo antes de tener estas clases no lo sabía, nunca me lo habían enseñado antes.

En relación al aborto, desde su perspectiva, ¿qué le parece esta decisión?

Bueno, nos han dicho nosotros que hay que tener en cuenta primero la legalidad. Yo aunque esté a favor, no puedo darle las herramientas a una persona para que se realice un aborto, si es que fuera ilegal. Lo segundo, la atención finalmente es para la usuaria, no para el personal de salud, entonces puede que yo no esté de acuerdo pero si mi paciente lo necesita se debe hacer.

Entonces, ¿está de acuerdo con el aborto o está en desacuerdo?

Siempre está el pensamiento erróneo de que si el aborto es legal se les va a imponer a todas las personas y eso no es así. Esa darle la oportunidad y no solo la oportunidad, sino también el conocimiento de qué implica hacerse un aborto, porque si yo hago algo mal informada o sin saber las consecuencias de ello, no voy a tomar una buena decisión.

Desde la perspectiva o enseñanzas de su universidad, ¿cómo abordan esta decisión? ¿Lo conversan dentro de algún ramo o no se le da tanta importancia?

Lo hemos visto, no en un ramo como tal pero sí lo hemos conversado en varias clases. Acerca de la legalidad y también lo que sea mejor para la persona que estamos atendiendo, no para nosotros. Se entiende que existan profesionales que piensen que está mal hacerlo y no hay que obligarlas a hacerlo, sino que se puede derivar a otra persona que sí puede hacerlo.

¿Han abordado el trato que se debería tener con personas que estén pasando por un aborto?

Sí, se ha conversado sobre el trato porque puede existir un aborto no planeado, un embarazo ectópico, que va a producir sentimiento en las personas y hay que atenderlas con cierta delicadeza.

En caso de haber realizado alguna práctica o internado, ¿ha visto situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes? O quizás en el análisis de casos, ¿sus profesores han planteado cómo se deberían abordar situaciones de una manera más integral y respetuosa con la paciente?

No he pasado por prácticas pero lo hemos dialogado y claro, cuando se vulneran los derechos estamos llegando a la violencia obstétrica, que igual es muy terrible, porque violencia obstétrica no es sólo algo físico, pero igual como te había dicho antes no es solo dar una atención, sino la forma en que damos esa atención, entonces si hago sentir a la usaría incómoda y discriminada, estoy incurriendo en violencia obstétrica.

Incluso, bueno esto ya fue hace años, menos mal que ya no es legal pero por ejemplo, si una persona tenía alguna condición mental o cognitiva, por ejemplo, como el síndrome de Down, el tutor legal podía llevar a esa persona para que le hicieran una ligadura de trompas, sin tomar en cuenta su propia opinión. Entonces, la violencia obstétrica también puede venir de la misma familia y muchas veces se hace por desinformación.

En relación al tiempo que lleva en la carrera, ¿le gustaría cambiar, abordar o integrar algo?

Sí, herramientas para aprender y tener en cuenta en un futuro cuando yo me gradué y tenga que ejercer, siento que están bastante buenas. Pero creo que igual deberían informarnos desde primero, lo que pasará a futuro, con la tesis o los internados.

Alumna 3, tercer año, Universidad de Concepción

¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social?

Sí, todo el rato. En relación a la carrera de obstetricia se enfocan más en mujeres embarazadas o que están atravesando ese proceso. Siempre se habla más de mujeres gestantes o mujeres que ya han sido madres y son pocos los casos donde ponen ejemplos de mujeres que deciden sobre su maternidad.

“La mujer está destinada a ser madre”. ¿Qué opina de esta afirmación?

Muy mal, porque siento que no todas tienen ese "instinto maternal" y en el fondo hay algunas que simplemente no quieren serlo. Para querer ser madre y todo eso, se tiene que desear porque es una responsabilidad tremenda, vas a ser madre por toda la vida. Aunque tus hijos tengan 50 años, vas a seguir siendo la madre igual y si es algo que tu no desees realmente puedes cometer muchas negligencias.

Desde su perspectiva, ¿qué características debería tener una buena mamá y un buen padre?

Una buena madre es importante que sea cariñosa, divertida y trabajadora pero no solamente en el sentido de trabajar formalmente, sino que materner también es un trabajo. En ese sentido que sea compañera de sus hijos y abarcar distintos ámbitos, ya sea en cosas tan simples como salir, tomarse un café o ayudarlos cuando no entienden alguna materia o dar consejos.

Caracterizo a un buen padre de la misma manera porque siento que deberían tener lo mismo, ser divertido, ser trabajador, pero no solamente en el sentido laboral, sino que también en cosas de la casa y que ambos estén en las buenas y las malas, no solo en los momentos felices.

En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza?

Encuentro que está súper bien porque muchas veces se le deja la responsabilidad sólo a la mujer. Por ejemplo, en la pandemia con el tema de las clases online, se vivió mucho eso de que las madres acompañaban a sus hijos y luego se dedicaban a estudiar con ellos. Entonces se enfocó mucho más la responsabilidad en la madre y no tanto en el padre, siendo que deberían tener la misma responsabilidad.

Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión?

Está súper bien. Como te decía, no todas las mujeres están destinadas o no todas tienen ese instinto maternal y realmente si tú no quieres tener hijos o no estás dispuesta a los sacrificios que conlleva esto, puede generarte un tremendo daño. También eso le afectará al futuro hijo en el apego, en cómo se va a desenvolver cuando sea más grande. Entonces tiene que ser una decisión de ellas realmente, si quieren o no quieren.

¿Existen prejuicios sobre las mujeres que deciden no ser madres en el ámbito clínico? Como por ejemplo a enfermedades asociadas.

Creo que nos han mencionado el tema de que existen prejuicios en relación a las enfermedades que pueden tener. Como por ejemplo, un poco la probabilidad del cáncer de mamá, siempre se dice que está asociado pero no sé exactamente. Habría que averiguar cuál es realmente la relación porque quizás la probabilidad es muy baja y en el fondo se menciona por atormentar u obligarlas a tomar decisiones relacionadas con su maternidad. Entonces hay que averiguar si existen estudios reales de eso.

¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente?

No, yo creo que está mal tener estereotipos en relación a una paciente. Los profesionales del área de la salud deberían entender que la maternidad es una decisión que cada mujer toma y por ejemplo, hay que tener mucho cuidado cuando se les pudiera llegar a decir "no quiso tener hijos por inmadurez" porque en el fondo puede ser que ella lo intentó pero quizás tuvo un aborto, problemas de infertilidad y todo eso.

¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura?, ¿cuáles son los estereotipos que más se repiten en su ámbito clínico?

Sí, incluso yo creo que uno inconscientemente igual lo piensa. Por ejemplo en mi año hay cuatro hombres, en segundo hay aproximadamente dos y en cuarto año no hay ninguno. Aunque es algo raro y no debería ser tan así porque en el fondo, mientras te guste y lo hagas de verdad de corazón, no hay nada malo. Otro estereotipo que podría ser es que solo atendemos a mujeres y en realidad no es tan así porque también podemos atender hombres. Quizás no podemos hacerle ciertos tratamiento porque para eso hay otros profesionales pero para temas de solicitud de exámenes de infecciones de transmisión sexual sí podemos.

Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva? Quizás no solo visto desde el ámbito de los pacientes, sino también visto desde la perspectiva de ustedes como profesionales. ¿Existe alguna desigualdad en temas de género?

Sí, eso yo creo que sí y el problema de los estereotipo es que uno también se queda como con esa sensación y quizás cuando vaya a trabajar, va ir con esa idea de lo que sea que le hayan dicho. En relación a ciertas desiguales por los estereotipos de género en la salud si nos han conversado que por ejemplo, los ginecólogos en las prácticas se sienten con ese poder de retarte o echarte de la sala porque no son tus profes, dicen que luego eso se equipara por los años de experiencia pero al principio abusan de una posición de poder por la profesión.

Con respecto al ámbito académico, ¿existe un trato distinto a sus compañeros por ser hombres?

No, yo creo que dentro del contexto entre nosotros no.

¿Considera importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica?

Si yo creo que es muy importante tener atenciones libres de estigmas y respetuosas.

¿Por qué decidió estudiar Obstetricia?

Siento que podemos ayudar mucho en cosas súper importantes, como es la sexualidad para todas las personas. Es algo fundamental. Por ejemplo, he visto que a las jóvenes se les habla muy poco de sexualidad, yo tuve la suerte de que fuera así pero a veces a los hombres no les hablan nada de sexualidad, con suerte le entregan un par de condones y viven sin saber ciertas cosas, hasta de anatomía. Hay muchas mujeres que ya son grandes y tienen entre 30 o 40 años y recién a esa edad se enteran de que existe el clítoris. Entonces siento que podemos tener un impacto muy positivo en las personas y también en el tema del parto, que es un momento tan especial para la mujer que podemos hacer que tenga una experiencia muy mala si somos malos profesionales o negligentes, o que tenga una experiencia muy buena y que lo recuerde así.

¿Por qué en la Universidad de Concepción?

Me gusta porque es bonita, me gusta el campus y también por familia porque mis tíos estudiaron ahí y yo creo que inconscientemente también se ve el tema del prestigio. Aunque se supone que cada vez importa menos desde que universidad sales e importa más el tipo de profesional que eres. Pero claro, inconscientemente se piensa en el prestigio.

¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educaciones, entregados por la universidad en la que estudia?

Sí, o sea la verdad no recuerdo muy bien cuales eran los de la universidad. Estaba pensando que tuve un ramo de ética el año pasado pero era más enfocado en la ética de nuestra profesión que en temas más generales

¿Qué opina de los valores que imparte su universidad? Pues se cataloga como una universidad laica y con libertad de opinión

Sí, ahora que lo dices es una cosa que mencionan harto los profesores. Que por ejemplo, hay universidades donde no se puede hablar de ciertos temas, quizás universidades más privadas o religiosas no lo permiten pero la Universidad de Concepción siempre se ha caracterizado por ser una universidad muy variada en temas políticos y religiosos, entonces puedes dar tu opinión libremente. Ese es uno de los pilares fundamentales de la universidad y encuentro que es súper válido porque podemos conocer diferentes perspectivas de las situaciones.

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa su universidad el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

Yo creo que no le dan tanta importancia por lo mismo que te decía antes, siempre se enfocan más en la maternidad. Entonces la no maternidad no se menciona mucho pero es porque la carrera igual abarca más la maternidad.

¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?

Yo creo que uno tiene que dejar de lado. Por ejemplo, con el dispositivo intrauterino hay muchas personas religiosas que piensan y dicen que es un método abortivo y entonces por lo mismo, hay universidades que no pasan ciertos anticonceptivos o no hablan de la pastilla del día después porque la consideran abortiva. Entonces siento que uno independientemente de la posición o del valor que tenga, debe darle a la usuaria todas las herramientas, toda la información, independientemente de que quizás yo no abortaría o no utilizaría ciertos métodos. Debemos centrarnos en darle todas las opciones y que ella luego decida.

¿Considera que desde su universidad entregan herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización?

Sí, yo creo que eso sí pero no mucho porque no se menciona tanto la no maternidad. Sí nos han dicho que la esterilización es algo que no se les puede negar independientemente que haya o no haya tenido hijos pero la verdad no habla tanto.

Dentro de la malla curricular de su carrera, ¿existe algún momento en el que impartan enseñanzas sobre una atención diferenciada hacia quienes desean no ser madres? O quizás no diferenciada pero integral y respetuosa

No, solo son comentarios dentro de clases pero no algo que venga desde la malla curricular como un ramo o materia. Siempre se conversa dentro del ramo de anticonceptivos solamente pero enfocado en una atención diferenciada no.

¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?

En una atención integral es esencial dejar de lado los pensamientos que uno podría tener o ciertos prejuicios y tomar cualquier decisión en conjunto con la usuaria. Por ejemplo, darle la información y aconsejarle qué podría ser mejor pero no obligarla a hacer algo. También es muy importante la atención a personas que sean transexuales, algo tan simple como tratarlos por su nombre social, hacer que se sientan cómodos y además asegurarme de que hayan entendido todo durante la atención. Suele pasar a veces que uno puede estar hablando mucho rato pero si la paciente no entiende lo que le digo, se va a ir sin información. Además, preguntarle sobre otras áreas de su vida, si se alimenta bien, cómo se ha sentido psicológicamente y así poder ayudarles también de una manera más integral y no solamente enfocarnos en un área. Por ejemplo, el ginecólogo nunca te preguntaría si te estás alimentando bien o si te sientes bien psicológicamente y creo que es importante abarcar otras áreas.

Con respecto a lo que mencionó, ¿dentro de su carrera imparten clases sobre cómo atender a personas transexuales o que pertenecen a las disidencias sexuales?

Sí, hemos conversado en clases acerca de las definiciones. Yo creo que es un tema súper importante, hacer una traición integral con esas personas y que de verdad se sientan cómodos. Porque muchas veces puede ser que no vayan donde la matrona por el miedo de cómo serán atendidos. Entonces yo creo que falta mucha información de eso pero justo me acordé de que ahora harán un electivo de atención integral en sexualidad para personas que estén dentro de las diversidades sexuales.

En relación al aborto, desde su perspectiva, ¿qué le parece esta decisión?

Yo soy pro aborto y apoyo todo el rato pero creo que también hay que tener un poco de cuidado. Por ejemplo, si yo quedara embarazada hoy no practicaría un aborto pero más que nada porque sé que tengo un respaldo y un apoyo por parte de mis papás y de mis abuelos. Más que nada es porque tengo una red de apoyo y sé que ese ser humano se desarrollaría dentro de un buen contexto. Sin embargo, soy consciente de que no todas las mujeres tienen esa red de apoyo o no poseen un contexto socioeconómico relativamente bueno como para tener hijos. Pero por ejemplo, si yo viviera en un contexto de pobreza, donde en realidad voy a llevar este ser humano a vivir pobrezas y quizás voy a ser aún más pobre (por todos los gastos) o incluso vivir con padres que son drogadictos o alcohólicos, lamentablemente esa persona no se va a desarrollar bien. Además, en el mismo casos de las violaciones, que había olvidado mencionarlo, qué mujer querría tener un hijo de una persona que le causó tanto daño, que quizás la hizo cambiar un montón y que ya nunca vuelva a ser la misma de antes debido de la situación. Entonces en esos sentidos creo que es importante apoyar un montón.

Desde la perspectiva o enseñanzas de su universidad, ¿cómo abordan esta decisión? ¿Lo conversan dentro de algún ramo o no se le da tanta importancia?

Sí, se ha conversado. De hecho yo creo que la postura de las profesoras es que son bien pro aborto. Porque desde la carrera también nos mencionan que si bien nosotros como matronas quizás contamos con la red de apoyo, puede que nuestras pacientes no. Entonces les va a costar mucho, por el tema de la económica también. También hemos hecho varios debates en relación al aborto y yo diría que lo mencionan bastante el aborto espontáneo pero eso lo vemos más desde el tema clínico, cuáles son sus causas, cómo sería su tratamiento.

¿Conversan acerca del trato que deberían tener con personas que están pasando por una situación de aborto?

Sabes que yo creo que eso no. Estaba pensando que hace poquito tuvimos la clase de aborto y siento que lo vieron mucho más desde el lado clínico, sus causas genéticas y cuál podría ser el tratamiento pero no más allá de eso. Sin embargo, siento que es algo muy importante el acompañamiento y todo el trato que tienes que tener con ese usuario. Tengo entendido que actualmente después de hacer el legrado a las personas que pasan por un aborto, las llevan a una sala y las dejan solas por un rato. Incluso, mi mamá hace un tiempo tuvo un aborto espontáneo y luego de hacerle el procedimiento la llevaron a esta sala, donde ella estaba acostada y la pieza era totalmente blanca y no tenía nada. Ella me decía que en ese momento se sintió terrible y ahí le vino toda la tristeza, todo porque en el fondo era un lugar que ni siquiera era acogedor. Después de eso, nadie la fue a ver, preguntarle cómo estaba, nunca existió un acompañamiento psicológico en el momento. Obviamente no es nuestra área, pero quizás hubiera sido bueno el preguntarle cómo se siente, darle la mano y acompañarla en ese sentido. Porque solo vieron el tema más clínico.

En caso de haber realizado alguna práctica o internado, ¿ha visto situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes? O quizás en el

análisis de casos, ¿sus profesores han planteado cómo se deberían abordar situaciones de una manera más integral y respetuosa con la paciente?

Sí, o sea, en clases no mucho y no he pasado por prácticas ni nada es todavía. Pero es fuerte el tema de la violencia obstétrica, de repente ve se hasta mucha gente cercana, como nuestras abuelas o mamás que han pasado por eso. Entonces no se puede negar que existen estas situaciones pero en clases no lo hemos conversando.

En relación al tiempo que lleva en la carrera, ¿le gustaría cambiar, abordar o integrar algo

Yo creo que no, yo creo que está bien, hasta ahora. Quizás deberían enseñarnos eso del trato en personas que tienen pérdidas en el parto. Quizás enseñarnos más el trato afectivo, además de lo clínico y los tratamientos.

Alumna 4, tercer año, Universidad de Concepción

¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social? Asociar a la mujer a la reproductivo, por el hecho de ser mujeres se debe ser madre o que ser madre se relaciona con la feminidad, con ser cariñosas, entre otras

Yo la verdad creo que sí. En general la sociedad espera mucho de las mujeres o bueno, las personas gestantes y siempre está la expectativa de casarse, tener hijos. A pesar de que con el feminismo han cambiado la visiones, todavía existe. Por ejemplo, yo vivo en un pueblo en la región de Ñuble y allá se ve harto eso, más que acá en la ciudad, afecta harto el tema del conservadurismo,

“La mujer está destinada a ser madre”. ¿Qué opina de esta afirmación?

Yo opino que no es tan así. Bueno igual creo que el que nosotras seamos capaces de gestar también es un regalo pero tampoco quiere decir que sea obligatorio para todas porque hay mujeres que no se sienten cómodas o tienen otros planes o expectativas. Yo creo que somos más que solamente una incubadora o un cuerpo que va a dar otra vida, sino que podemos desarrollarnos de otro tipo de formas, como por ejemplo, profesionalmente, entonces yo creo que no es nuestro.

Desde su perspectiva, ¿qué características debería tener una buena mamá y un buen padre?

Creo que una buena mamá, sería una madre responsable porque la responsabilidad tiene como que venir en todo aspecto. Pues, hay que preocuparse del cuidado de un bebé y después cuando van creciendo hay que estar presente. Se debe tener la conciencia de que hay que estar ahí, no solamente gestar, parir y después dejar a la vida al niño, sino que es una responsabilidad súper importante. Por ejemplo, nuestra infancia va a repercutir de gran manera después en cómo seamos como adultos, entonces es una responsabilidad súper importante. También, creo que una buena madre tiene que ser una persona estable en todos los aspectos, tanto económicamente como emocionalmente. Quizás si una madre tiene algún trauma que lleve desde su infancia también afectará de forma negativa a su familia, hijo y todo el entorno.

A un buen padre lo caracterizaría igual, con estabilidad emocional, financiera, etc y que sea responsable porque no es algo exclusivo de las madres, sino que el padre también es responsable al 50% y 50%, al igual que la madre.

En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza?

Encuentro que está súper bien. Así debería ser, aunque obviamente quizás todavía existen ciertas tareas que se asocian como más a lo femenino y a lo masculino, pero en el sentido de la crianza, al final si lo llevamos a la biología ambos aportan lo mismo y por ende en la crianza igual debería ser así. Aportar los mismo cuidados ya sea emocional o fuera de esos.

Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión?

Opino que es una decisión súper respetable. Si uno no se siente preparada para tener un hijo de cualquier forma o si realmente no siente el deseo de tener hijos, está súper bien. Así como también hay muchas mujeres que quieren tener muchos hijos y que quieren casarse, formar una familia y finalmente es una decisión igual de respetable. Gracias a Dios ahora, contamos con hartos métodos para poder cuidarnos o para poder decidir sobre nuestra reproducción y nuestra vida en pareja.

¿Existen prejuicios sobre las mujeres que deciden no ser madres en el ámbito clínico?

Sí, yo creo que sí, en el sentido de que generalmente se cuestiona más cuando se entregan anticonceptivos o cuando se requieren métodos anticonceptivos más drásticos como una ligadura de trompas. Muchas veces si la mujer es muy joven se le cuestiona el hecho de por qué no quiere tener hijos y les dicen "pero si son tan bonitos", "es lo mejor que te va a pasar en la vida". Entonces también se asocia mucho a un estigma de salud mental. He escuchado muchos casos de gente ignorante que dicen que las mujeres que no quieren ser madres es porque les falta un hombre o que aún no conocen al hombre de su vida y ese tipo de cosas que en realidad son prejuicios súper feos. En muchos casos se asocia a una enfermedad mental, las tratan de locas, que luego se van a arrepentir

¿Ha escuchado que por no querer ser madres se le asocie a un mayor riesgo de padecer ciertas patologías?

Según lo que se nos enseña yo diría que es lo contrario. Que las mujeres que tienen más hijos tienen riesgo de padecer más enfermedades, como por ejemplo, cáncer cérvico uterino o son más propensas a sufrir, disfunciones del piso pélvico e incontinencia urinaria.

¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente?

Pienso que eso no nos debería cegar en dar una atención integral a la mujer. Porque al menos nosotras dentro de la matronería, no sólo tratamos a mujeres embarazadas, sino que también tratamos a mujeres que tienen alguna patología ginecológica y quieren tener método anticonceptivo. Entonces yo creo que una matrona, por ejemplo, tenga esa postura es súper dañino porque al final no se va a generar este lazo de confianza o de horizontalidad que se debería tener al momento de atender a alguien. Entonces es súper negativo que se tengan estos estereotipos, porque va a afectar la salud de la persona, su salud emocional y salud física si es que tiene alguna dolencia o alguna patología.

¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura?

Sí, hay hartos. Bueno empezando de que al menos en mi curso son solamente de tres varones de 90 mujeres y un estereotipo que escucho hartos es que los hombres que estudian obstetricia son homosexuales, eso es lo más común. Yo desconozco la orientación sexual de mis compañeros pero no creo que solo por estudiar obstetricia lo sean. Lo otro que se piensa, es que las mujeres que estudiamos obstetricia somos más libertinas y que tenemos una vida sexual muy activa. Entonces como nuestro ámbito es lo reproductivo, estamos muy hipersexualizadas.

Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva? ¿Existe alguna desigualdad en temas de género?

Afectan muchísimo. Bueno los estereotipos de género afectan a todos los niveles pero mucho más cuando se trata de la salud sexual de las mujeres, porque son constantemente sometidas a cosas que no son reales. Por ejemplo estereotipos dentro de la pornografía, que las niñas y los niños desde muy pequeños crecen creyendo cosas que son irreales y eso al final igual impacta en su vida sexual. También en el ámbito de la salud, a nosotras las matronas se nos cree más débiles porque somos mujeres o que no tenemos la calidad de tratar con "pacientes difíciles", cuando en realidad los pacientes son difíciles porque no se les trata con el respeto suficiente. Entonces no es un tema de delicadeza y finalmente igual afecta la visión que tiene la gente sobre su sexualidad. Partiendo desde los estereotipos que tenemos en torno a nuestros cuerpos, de que tienen que ser de tal forma, perfectos, bonitos y depilados. Entonces todo eso, encuentro que es una de las cosas más dañinas para la salud de la gente.

Muchas veces se menosprecia el tema de la salud sexual, pero cuando la salud sexual está dañada, genera repercusiones en la salud física y emocional de la persona. Entonces no hay que mirarlo en menos, el cuerpo humano es un todo y el descuidar este aspecto también es dañino, no solamente para las mujeres sino que para los hombres también.

En relación a tus compañeros de carrera, ¿siente que existe un trato distinto hacia ellos solo por ser hombres?

Creo que se les trata de igual manera, yo nunca me he sentido menoscabada por uno de mis compañeros o que mis profesores les den más importancia o más participación a ellos. Lo que sí se tiende a dar harto, es que los profesores los reconocen pero es porque son los únicos hombres del grupo, entonces son más reconocibles pero fuera de eso no existe ningún tipo de trato especial hacia ellos, siento que estamos todos iguales en ese sentido.

¿Considera importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica?

Sí, por supuesto. Es la clave para poder romper estos estigmas y también es algo que se nos inculca a todos nosotros dentro de nuestra formación. Por ejemplo, si lo llevamos a la violencia obstétrica, se nos habla mucho de la ética, de cómo debemos tratar a una paciente, porque deberíamos entender que una gestación y un parto es el momento más relevante para muchas mujeres y muchas cosas que pasan ahí, van a quedar marcadas de por vida. Quizás la mujer no se va a acordar cuando el doctor la trató mal en una consulta de otra cosa, pero sí va a acordar al médico que la trató mal en su parto porque es un momento súper relevante. Nos inculcan todo eso, al igual que el tema de la perspectiva de género y las disidencias sexuales.

En relación a lo anterior, ¿dentro de su carrera imparten clases sobre cómo atender a personas transexuales o que pertenecen a las disidencias sexuales?

Sí, en ginecología tenemos que hacer la toma de Papanicolaou y dentro de una clase tuvimos atención integral para las disidencias sexuales. Por ejemplo, a una mujer que es lesbiana y que no ha tenido o que hace mucho tiempo no tiene penetración vaginal, se le puede poner un espéculo más pequeño, entre otras cosas, también conversamos sobre la ética. Entonces sí es algo que se aborda, igual son varios temas que quizás podrían ser mucho más profundos pero según yo podría hacer mucho peor si es que no fuera nada de información.

¿Por qué decidió estudiar Obstetricia?

Bueno desde adolescente me interesaba mucho el tema de la salud sexual y todo lo que giraba en torno a ello, como la educación sexual porque es algo que yo afortunadamente pude recibir pero al momento de relacionarme con otras personas me daba cuenta de que era un privilegio y que no muchas personas lo tenían, entonces quería aportar de primera mano a eso. También uno de mis sueños, que no sé si lo cumpla, es poder ayudar en países de escasos recursos y atender partos. Porque en países como por ejemplo, Haití o países en guerra, la tasa de

mortalidad es muy alta entonces la matronería ayuda mucho y yo quiero poner mi granito de arena para hacer una sociedad mejor y para que cada día seamos más.

¿Por qué en la Universidad de Concepción?

Siempre quise estudiar en Concepción porque es una ciudad que queda cerca de donde vivo y además está mi hermana acá, entonces mi opción era una universidad en Concepción. Me guié por la Universidad de Concepción por el tema de los campos clínicos, porque nosotros en general hacemos práctica en hospitales súper reconocidos dentro de la región, como por ejemplo, el Hospital Regional -que es un referente en el tema de partos- y también está el Hospital Higuera en Talcahuano, entonces lamentablemente no todas las universidades cuentan con eso y uno trabajando en el sistema público y en hospitales de alto renombre se puede formar mejor. Porque por ejemplo para tratar patologías o lo que sea, la gente siempre va a preferir un hospital público porque es más barato y los profesionales quedan súper bien capacitados para ese tipo de cosas. Otra de las razones de porqué la elegí es porque es hermosa, grande y muy bonita.

¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educaciones, entregados por la universidad en la que estudia?

Sí, los considero súper importantes y valiosos porque además de que se nos entrega conocimiento científico, que es la base de nuestra carrera, también se nos entrega conocimiento, habilidades blandas, el poder tratar a los pacientes de una forma más humana. Nos inculcan mucho eso en varios ramos que a simple vista pueden parecer fomes o innecesarios pero uno después cuando va a la práctica, se da cuenta que es súper útil y además, desde el ámbito educacional los profesores son un siete, personas con mucha experiencia, muy preparados con mucho de estudios y fuera de eso también son muy humanos y empáticos. Entonces en ese sentido yo lo aprecio mucho y estoy bien contenta.

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa su universidad el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

Sí, sí es algo que se habla. Uno como matrona no puede obligar a la paciente a hacer algo que no quiera, uno siempre por sobre cualquier cosa, tiene que respetar lo que se haga o lo que la paciente quiera. Porque finalmente lo que hacemos nosotras no es imponer un tratamiento, sino que se usa el término de "consejería", uno aconseja a la usuaria para que haga algo, pero al final la decisión siempre va a ser de ella.

¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?

Es algo muy malo, porque tenemos que entender que la gente y el contexto de las personas es distinto, no sabemos el contexto económico o social familiar. Entonces no debemos imponernos nosotros solo porque tenemos una realidad distinta a la de la persona que está frente a nosotros, pues no nos gustaría que nos impusieran algo o que nos trataran de manera violenta. Mas bien hay que darle opciones a la persona y que ella sea libre de elegir lo que ella quiera, y en este caso nuestro rol no es el de juzgar ni el de mirar mal a la persona, sino apoyarla en su decisión y que ella también confíe en nosotros. Es muy importante el tema de la confianza.

¿Considera que desde su universidad entregan herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización?

Yo creo que sí, abarcamos desde los procedimientos de fertilidad hasta los de esterilización, pero más que nada se nos inculca todo el respeto para quienes quieren ser madres como para quienes no quieren ser madres. Igual como te digo, quizás podría ser más conocimiento pero

se entiende que por ser un tema tan amplio, es más complicado. O que de repente se abarcan tantas cosas que no se puede profundizar, pero los conocimientos básico al menos están.

Dentro de la malla curricular de su carrera, ¿existe algún momento en el que impartan enseñanzas sobre una atención diferenciada hacia quienes desean no ser madres? O quizás no diferenciada pero integral y respetuosa.

Sí, es un tema que se toca en varias clases pero no específicamente dentro de un ramo dedicado a eso.

¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?

Creo que la persona que esté ejecutando la atención tiene que ser una persona preparada, o sea una persona que tenga el conocimiento. Primero del conocimiento científico basado en evidencia científica y segundo, que también tenga lo que se llaman las habilidades blandas, como el trato con los pacientes con los usuarios (empatía, respeto), eso de parte de la profesional. También, que se aborden todos los aspectos de la persona, no solamente lo que estamos tratando. Por ejemplo, si vamos a hacer una consulta de anticonceptivos, no solamente enfocarnos en eso, sino enfocarnos en el estado social de la persona en su situación económica -para no recetarle un anticonceptivo caro- y conocer si la persona tiene una red de apoyo. Creo que más que enfocarnos en hacer una consulta rápida de 10 minutos y que se vaya, es preocuparnos de la persona como un todo, no solamente como un paciente o como un cuerpo andante, sino como humano.

En relación al aborto, desde su perspectiva, ¿qué le parece esta decisión?

Yo personalmente no lo haría por un tema muy personal pero eso no quiere decir que yo tenga que impedirle a una persona practicarlo. Bueno, actualmente sabemos que hacerlo de manera libre es ilegal pero igualmente si esa persona quiere hacerlo, yo no tengo porqué juzgar su decisión. O si el día de mañana llega una paciente a mi consulta o a urgencia con un aborto en evolución, yo la tengo que atender igual. O sea no es que la tenga que atender, yo quiero atenderla porque es una persona que tiene un problema de salud y que si no lo necesitara no estaría ahí pidiendo ayuda.

Entonces si bien creo que mi decisión personal sería no hacerlo eso no debería nublarne la visión o la empatía de la persona que lo está haciendo porque yo no sé su situación o cómo se siente y es un momento súper delicado, así que no hay espacio para los prejuicios ni nada de eso.

Desde la perspectiva o enseñanzas de su universidad, ¿cómo abordan esta decisión?

¿Lo conversan dentro de algún ramo o no se le da tanta importancia? ¿Les dicen el trato que deberían tener con personas que hayan abortado?

Sí, de hecho en el ramo de ética nos tocó hacer una vez un debate sobre el aborto y al menos los valores de la universidad son el desarrollo libre del espíritu, entonces no nos imponen nada. Sino que nos dicen que cada persona es libre de decidir lo que quiera, mientras no dañe a otra. En este caso, si una persona desea abortar, a mi no me hará daño entonces yo no debería entrometerme en su decisión. En relación al trato que deberíamos tener, nos enseñan sobre la contención emocional porque se entiende que es un momento fuerte. En caso de los abortos espontáneos, también se nos dan las herramientas tanto emocionales como médicas para poder tratar a esas personas. Considero que es algo que se aborda de buena manera.

En caso de haber realizado alguna práctica o internado, ¿ha visto situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes? O quizás en el análisis de casos, ¿sus profesores/as han planteado cómo se deberían abordar situaciones de una manera más integral y respetuosa con la paciente?

Sí, se abordan. Bueno, aún no me toca ir a práctica, así que aún no lo he vivido en carne propia pero sí se nos dan estos casos y este tipo de situaciones. Son varios ramos donde se trabaja eso, como ética o desarrollo personal. En los casos clínicos nosotros debemos decir qué haríamos, lo resolvemos y después el profesor nos dice qué sería lo correcto para cada caso

En relación al tiempo que lleva en la carrera, ¿le gustaría cambiar, abordar o integrar algo

Yo siento que un tema que se debería ahondar más que también está un poco invisibilizado, es el tema de la educación sexual. Si bien, nosotros igual tenemos muchas herramientas para poder realizar educación sexual, quizás podríamos tener un ramo adicional como para profundizar ese conocimiento o quizás un electivo. Actualmente, en la carrera tenemos un voluntariado donde hacemos charlas, vamos a colegio, hacemos ferias, talleres, pero quizás deberíamos contar con más apoyo del departamento o que el departamento lo hiciera como una actividad oficial dentro de la malla, sería súper bueno porque es un trabajo muy bonito y útil.

Alumna 5, cuarto año, Universidad de Concepción

¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social?

Personalmente no lo veo así pero siento que socialmente sí se ve así. Aunque dentro de la carrera que no se ve como un constructo social

“La mujer está destinada a ser madre”. ¿Qué opina de esta afirmación?

Estoy en desacuerdo. El proceso de que involucra la maternidad es mucho más complejo que tener un bebé o no. Tiene que ser algo planeado y deseado porque ese feto luego va a ser un bebé, un niño y después va a ser un adulto. Entonces es importante como esta persona se desarrollará en la sociedad. Debemos tener claro que no todas las mujeres quieren ser mamás

Desde su perspectiva, ¿qué características debería tener una buena mamá y un buen padre?

Siento que no sé si hay buenas o malas mamás, yo creo que ahí entramos también como con estereotipos de que sí cumple o no con lo esperado. Siento que una buena mamá es entre comillas la que se prioriza, porque estando bien ella, su hijo va a estar bien. Porque va a ser la principal cuidadora de ese niño o niña. Una buena mamá va a ser una persona que se prioriza en todas las dimensiones de un ser humano. Es más fácil ser buen papá que buena mamá. Siento que un buen papá es aquel que está presente, no solo económicamente sino que también se involucra en la paternidad.

En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza?

Siento que debería ser lo normal, eso es en favor a la igualdad entre mujeres y hombres. Por ejemplo, el post natal ya involucra que la mujer esté más tiempo con el bebé en la casa, por lo que no trabaja en ese periodo y el hombre sigue produciendo y no tiene tanto tiempo para involucrarse con la crianza. Desde mi perspectiva, una medida óptima sería que el post natal durara lo mismo para la mujer o para el hombre, si bien actualmente puede ser compartido pero esto quiere decir que se va a involucrar menos tiempo para la mujer y con el tema de la lactancia es complicado porque tiene que ser hasta los seis meses mínimo. Entonces socialmente tampoco hay políticas públicas que involucren también a los papás en la crianza, es algo muy difícil de lograr.

Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión?

Es válida.

¿Existen prejuicios sobre las mujeres que deciden no ser madres en el ámbito clínico? Como por ejemplo a enfermedades asociadas.

Sí, se mencionan. Por ejemplo en clases nos mencionan que tener hijos es menos riesgoso para tales cosas pero también es más riesgoso para otras. Entonces es información que las usuarias deben saber pero no es con el fin de atormentar y decir "tienes que tener hijos porque es el fin reproductivo de la mujer".

¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente?

Sí, se podrían dar, de hecho se hacen muchos juicios de valor todavía en la profesión, sobre todo en la clínica. O sea podría decir que esos comentarios vendrían de gente con más edad en la carrera y que no tienen tanto miedo a la repercusión legal que se puede tener acerca de los juicios de valor, porque claro no es algo ético. Entonces podrían existir pero en personas prejuiciosa, que hacen este tipo de comentarios pasivos agresivos de que son "inmaduras" o que están "desaprovechando" su capacidad de gestar.

¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura?

Sí. He escuchado que está ligado solo a sacar bebés y que solo lo estudian las mujeres, aunque la verdad hay pocos hombres de la carrera.

Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva? ¿Existe alguna desigualdad en temas de género?

En relación al género, siento que en el ámbito de las salud hay mucha jerarquía con los médicos, porque después vienen matronas, después las enfermeras y así. Entonces el hecho de trabajar con hombres, estudien obstetricia o no, ellos van a tener más peso frente a nosotras. No sé si sea algo biológico porque ellos hablan más fuerte pero dan más seguridad que una compañera. Incluso quizás las usuarias le dan más confianza a los hombres pero es porque hablan con un sistema más paternalista. Realmente no es que sepan más que nosotras sino que desde pequeños les enseñan que serán escuchados sí o sí y por ende, les dan más seguridad. Por ejemplo, me ha tocado trabajar con 4 compañeras y un hombre y lo he sentido así, tienen el trabajo más fácil pero es por un tema de personalidad y seguridad.

Dentro del ámbito universitario, ¿el trato hacia sus compañeros es igual al de ustedes?

Dentro de la universidad sí. Bueno las profesoras son bien feministas, entonces no se da ese trato distinto pero sí destacan más, los hacen participar porque hay pocos hombres pero solo ese tipo de roles.

¿Considera importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica?

Sí. No sé si se enseña como tal. O sea, la clave para llegar a eso igual depende de las habilidades blandas de la persona y el sentido común, que son cosas que realmente no se enseñan. Por ejemplo, hay clases sobre el enfoque de género pero en la práctica es muy distinto. En la universidad es todo muy utópico, dicen que el parto debe ser respetado, pero al final cuando vamos a las prácticas uno se queda callado porque te la puedes echar si dices algo. Quizás suceden muchas cosas violentas.

¿Por qué decidió estudiar Obstetricia?

Al principio porque tenía que estudiar algo. Ni siquiera sabía que era la obstetricia realmente pero es imposible no encantarse con la profesión.

¿Por qué en la Universidad de Concepción?

O sea, según lo que sabía en ese tiempo era que era una buena universidad. Tampoco me quería ir a Santiago entonces era mi única opción.

¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educaciones, entregados por la universidad en la que estudia?

Sí. Por mi ojalá no existieran las universidades religiosas o que no fueran laicas. Porque por ejemplo, hay universidades en Chile donde no se enseñan métodos anticonceptivos y claramente una matrona no puede no saber de método anticonceptivos, es algo que necesita saber e informar a la población. Entonces que la religión todavía sea tan inculcada, no permite avances.

¿Qué opina de los valores que imparte su universidad?

O sea no es la mejor universidad, tiene muchas cosas malas, mucho atrasos pero sí es algo a favor la calidad de profesoras que hay. Son muy buenas, ya sea en el ámbito clínico o solo docencia. No hay profesoras que enseñen con prejuicios, son todas muy abiertas de mente y nos dicen que las creencias de uno tienen que estar fuera al momento de atender una persona.

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa su universidad el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

Bueno, en la carrera como malla curricular o clase no hemos visto nada que sea relacionado a la maternidad no deseada o aborto. Aunque sí el aborto espontáneo y lo que puede suceder pero no nos han entregado las herramientas para saber qué hacer en casos de maternidad no deseada. Creo que es porque el aborto no está legalizado. Porque en el momento que sí lo esté, nos deberían pasar eso e implementar talleres. Aunque visto desde el ámbito no curricular, muchas veces se hacen talleres a nivel de la carrera sobre el aborto con plantas medicinales o hay información acerca del tema. Pero como los profesores se rigen por el código sanitario, deben mencionar lo que es legal.

¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?

No se puede hacer. Son contextos distintos, generalmente nosotras preguntamos dónde vive la paciente, su nivel educacional, pero más allá de su vivencia o de por qué es así la persona no debemos entrometernos. Podríamos aconsejar dentro de lo que cada matrona cree que es mejor o correcto para la persona, pero imponer creencias valores no corresponde.

¿Considera que desde su universidad entregan herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización?

Siento que no, no se toca el tema. Usualmente dicen "sí, después de la cesárea puede hacerse una esterilización" pero ni siquiera se cuestiona el hecho de que existan mujeres que no desean la maternidad, se asume que va a querer ser madre de nuevo.

Dentro de la malla curricular de su carrera, ¿existe algún momento en el que impartan enseñanzas sobre una atención diferenciada hacia quienes desean no ser madres? O quizás no diferenciada pero integral y respetuosa

Siento que no como tal, pero sí indirectamente como por ejemplo el uso de anticoncepción en adolescente o en personas de riesgo, todo lo que se le pudiera entregar a una persona que no quiere tener hijos y tratarla de manera respetuosa y que ojalá el tener hijos siempre fuese planeado.

¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?

Es una atención donde debemos adecuarnos al contexto de las personas, quizás es algo muy básico pero preguntar los pronombres de la persona, no asumir la orientación sexual o las conductas sexuales. Mantener siempre la mente abierta y educarnos también porque sin querer podemos emitir conceptos equivocados. Por ejemplo, si va a una mujer a la consulta no asumir que es heterosexual, porque podemos darle opciones de anticonceptivos orales pero ella no practica penetración. Entonces quizás podemos darle información de otros métodos anticonceptivos y adaptados a su realidad sexual.

Con respecto a lo que mencionó, ¿dentro de su carrera imparten clases sobre cómo atender a personas transexuales o que pertenecen a las disidencias sexuales?

Sí. Hay un ramo que es sexualidad y ahí se habla acerca de la orientación, el género, el sexo, la corporalidad, personalidades, desarrollo psicosexual, entre otras. También que no debemos tratar a todas las pacientes de mujeres, porque hay personas que no se identifican como mujeres, entonces ahí es correcto decir personas que tienen vulva e ir incluyendo otros lenguajes para hacer una atención cómoda. Es difícil asimilarlo a veces pero es importante incluirlo.

En relación al aborto, desde su perspectiva, ¿qué le parece esta decisión?

Estoy a favor del aborto, que sea libre. Aunque sí el período de interrupción tiene que ser menor a los tres meses.

Desde la perspectiva o enseñanzas de su universidad, ¿cómo abordan esta decisión? ¿Lo conversan dentro de algún ramo o no se le da tanta importancia? ¿Les dicen el trato que deberían tener con personas que hayan abortado?

Siento que no se habla en un ambiente con profesoras y alumnos o dentro de una clase pero sí entre compañeros o en prácticas donde llegan personas con un aborto espontáneo. Por ejemplo, si tenemos sospechas de que fue un aborto ocasionado y la usuaria dice que lo ocasionó, se debería denunciar. Obviamente va en el juicio de cada matrona denunciarlo o no pero dentro de clases se habla más del ámbito legal.

En caso de haber realizado alguna práctica o internado, ¿ha visto situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes?

Al menos las prácticas que he tenido no, todas han sido muy respetuosas y eso que fue rural, entonces me sorprendió. Aunque ahora debo tener otra práctica que es donde recibimos a los bebés y ahí sí de da mucho esa situación. Muchas veces la paciente no se da cuenta que están vulnerando sus derechos o le están haciendo violencia obstétrica porque está en una situación complicada, pero nadie le puede decir que se calle, ella está en todo el derecho de gritar, de quejarse, nadie le puede decir como parir prácticamente. Entonces muchas veces son decisiones médicas que producen estas situaciones, cuando quizás se le podría consultar a la usuaria antes, explicarle bien el procedimiento y que ella decida.

¿Han analizado algún caso de vulneraciones de derechos sexuales y reproductivos y cómo deberían abordarlos?

Sí. Recuerdo que una clase de ética o bioética nos mostraron el caso de una persona extranjera que perdió un bebé o le quedaron restos de la pérdida su bebé y los profesionales no se dieron cuenta y ella perdió el útero. Entonces ahí tuvieron que indemnizarla porque estaba en edad fértil, tuvo un daño moral y quizás ella tenía todas las ganas de tener otro hijo. En el análisis de caso se nos explicó las falencias que hubieron y también lo fácil que es salirse de lo legal, entonces tenemos que tener cuidado. Nos inculcan mucho el tratar bien a las personas, es impensado no saludar a la usuaria o no explicarle un procedimiento o pedirle el consentimiento. Siento que en comparación a otras universidades que quizás tienen más

campos clínicos, más recursos, para la Universidad de Concepción es esencial el trato hacia las personas, es impensado que un profesional de ahí trate mal a un paciente.

En relación al tiempo que lleva en la carrera, ¿le gustaría cambiar, abordar o integrar algo?

Falta actualizarnos con todos los proyectos y las leyes nuevas. Porque quizás como estudiantes no estamos muy pendientes, pero es necesario conocerlos. También, le daría más visibilidad a la atención de personas transexuales, más talleres, conocer cómo abarcar ciertas situaciones y prepararnos para saber cómo reaccionar. Por ejemplo, en una rotación me tocó atender a una usuaria con síntomas de abstinencia, ella era consumidora de cocaína y marihuana, entonces se quería ir pero yo nunca había visto una situación así. Entonces poner ese tipo de situaciones -que es una realidad- nos ayudaría a ir preparándonos.

Alumna 6, quinto año, Universidad de Concepción

¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social?

Definitivamente sí, porque hay muchos roles asociados a la maternidad y normalmente no se separará a la mujer de ser madre. Entonces de por sí se espera que todas las mujeres sean mamás en algún momento de su vida.

“La mujer está destinada a ser madre”. ¿Qué opina de esta afirmación?

No, no creo que la mujer esté destinada a ser madre. Claro que tiene la capacidad reproductiva de ser madre pero realmente no todas las mujeres pueden serlo, por infertilidad o el tema de la mujeres trans que tampoco pueden serlo. O sea sí pueden ser madres de otra manera como adoptando pero obviamente no es algo que yo vea como su destino en la vida. Por ejemplo, yo me puedo teñir el pelo, puedo elegir eso pero no es que sea mi destino teñirme el pelo.

Desde su perspectiva, ¿qué características debería tener una buena mamá y un buen padre?

Yo diría que una buena mamá tiene que velar por su bienestar y por el bienestar de su hija. Es muy importante que ella igual se cuide porque si la madre no está bien, claramente no va a poder brindar el mejor cuidado a sus hijos. En el caso del padre, lo caracterizaría de la misma manera, que se preocupe de sus hijos y que también se cuide el para que así tenga la capacidad de cuidar a otros.

En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza?

Creo que es importante ver la crianza como una dupla.

Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión?

Es una decisión súper respetable, de la misma forma que es respetable que alguien quiera ser mamá. Es importante que desde el sector de la salud igual avancemos hacia entender que no todas las mujeres quieren ser madres. Entonces más que nada se trata de no cuestionar esta decisión, no dar dobles miradas. Por ejemplo, si una niña a los 14 años dice "yo en algún momento de mi vida quiero ser mamá" se ve como algo bueno, algo normal, pero en cambio si a la misma edad te dicen "no, yo no quiero ser mamá" lo primero que dirán es que esa niña va a cambiar de opinión.

¿Existen prejuicios sobre las mujeres que deciden no ser madres en el ámbito clínico? Como por ejemplo a enfermedades asociadas.

No, respecto a las enfermedades no se le da una mirada negativa pero sí respecto a que ser madre tiene ciertos favores. Por ejemplo, más que ser madre, amamantar disminuye las posibilidades de cáncer de mama. O sea tampoco es que no ser madre las vaya a aumentar, simplemente disminuye. Aunque si existen visiones negativas respecto a las decisiones que pueda tomar esa mujer sobre su maternidad.

¿Cree que se atormenta a las mujeres con estos diagnósticos en caso de que no quieran ser madres? Como una forma de presionarlas para que sean madres pronto

Sí. Quizás desde el mundo de la matronería he visto una postura, desde mi experiencia, mucho más amable al respecto. Pero desde el ámbito más médico, médicos cirujanos, sobre todo desde la postura de hombres, tratan de presionar la maternidad y decirles el típico "en algún momento vas a querer", más aún cuando se habla de esterilizaciones quirúrgicas. Siempre está el "quizás luego quieras ser madre" y "quizás en algún momento tu esposo va a querer ser padre", entonces ahí sí se refleja cierta presión.

¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente?

No lo he visto de esa forma tan chocante, tan directa, pero sí lo he visto en formas más de negar atenciones por el hecho de no querer ser madre. Eso se da mucho más. También he visto que frente al tema de la anticoncepción no se les ofrece toda la gama. Por ejemplo a una mujer joven, uno le puede ofrecer un anticonceptivo de largo tiempo, o sea, un DIU que le duraría 10 años de los 30 años a los 40 años. Pero lo que usualmente se dice en estos casos es que le recomiendan tomar pastillas o inyecciones "porque quizás quieran ser madres en uno o dos años". Entonces de esta forma, no todas las mujeres tienen la opción de conocer todos los métodos anticonceptivos y yo como matrona o médica debo ser la responsable de mostrárselos.

¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura?

Sí, siempre dicen que es una carrera para mujer. Aunque mayoritariamente en la carrera sí somos en una gran mayoría mujeres pero en realidad es una discriminación positiva por así decirlo. Muchas veces en los hospitales prefieren a los alumnos de obstetricia hombres, netamente como porque tienen más fuerza o cosas así. Entonces la mayoría de las veces esos compañeros no son discriminados como por estudiantes o por profesores o profesoras pero sí quizás por amigos de ellos. He escuchado que se les hacen bastantes bromas por estudiar obstetricia.

Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva? Quizás no solo visto desde el ámbito de los pacientes, sino también visto desde la perspectiva de ustedes como profesionales. ¿Existe alguna desigualdad en temas de género?

Sí, se da mucho el tema de los estereotipos. Creo que el juego de poder no necesariamente sea entre colegas siempre, pero sí se da respecto a la contratación de mujeres, pues se les relaciona a la maternidad, que van a tener hijos y que eso significa prenatal, post natal y que probablemente si esos hijos se enferman ellas saquen licencia. Cuesta mucho más para una mujer encontrar un contrato fijo que para un hombre. Otra situación, es que en los hospitales se ve mucho la jerarquía entre los colegas. Por ejemplos, siempre está la figura poderosa del doctor y luego viene la matrona, entonces a veces nos toman como que estamos para los mandados o casi como asistentes. Personalmente no me ha tocado vivir esas situaciones pero siento que hay una sobre exigencia personal para demostrar que somos capaces.

Desde el ámbito universitario, ¿ha notado que las/los docentes tengan un trato distinto hacia sus compañeros hombres?

He escuchado de compañeras de otros cursos que hay muchos profesores que tienen un favoritismo hacia los estudiantes hombres, eso se da.

¿Considera importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica?

Sí, es necesario tener una perspectiva de género. Muchas veces se da que las usuarias dejan pasar el tiempo y no se realizan, por ejemplo, el pap. Es un examen que les va a tomar un solo día al año y lo dejan para después porque no tienen tiempo entre la casa y los hijos. Entonces, como matronas debemos buscar estrategias para hacerle la carga mental más amena, ver todo lo que se pueda ver dentro de la consulta porque quizás la usuaria no va a consultar a un especialista de cada área, no va a ir a la nutricionista o al kinesiólogo y todo lo demás. Entonces es importante un enfoque de género en la hora de precisar cosas y poder hacer derivaciones.

¿Por qué decidió estudiar Obstetricia?

Porque me gustan las guaguas. Me gusta la neonatología. Personalmente estuve en la neo y siento que es una carrera muy bonita, en ese sentido da bastantes alegrías. También decidí estudiarlo por las mujeres. Siento que en la mayoría de los casos, el dolor de la mujer no se toma en cuenta. Te dan pocos calmantes y por ejemplo, para un parto te dan casi la misma analgesia que para un esguince de tobillo. Muchas veces tampoco se dan instancia de educación y siento que le tenemos al debe a las generaciones pasadas, a mujeres que tuvieron hijos y no pudieron tener mucho control sobre su salud. Me gusta la idea de acompañar a mujeres, a largo de todo su ciclo desde que nacen hasta la menopausia porque creo que muchas veces la medicina no es tan amable y siento que la matronería se diferencia de la especialidad médica de Ginecología, es mucho más humana.

¿Por qué en la Universidad de Concepción?

Bueno yo soy de Concepción, o sea en realidad soy de Lota pero me queda mucha más cerca que haberme ido a Santiago, entonces fue por descarte. Era la que tenía más prestigio y eso igual influye al momento de buscar trabajo.

¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educaciones, entregados por la universidad en la que estudia?

Sí, encuentro que es relevante e importante. Aunque personalmente sobre la ética en el ejercicio de la profesión lo aprendí más desde otros profesores, como la profesora de (ginecología o neonatología) en comparación al ramo de ética en sí, porque no estaba muy enfocado en la salud, era más ética en general. En cambio las profesoras cuando era necesario explicaban ciertas consideraciones éticas que debíamos tener con el trato al paciente.

¿Qué opina de los valores que imparte su universidad?

Yo siento que la universidad tiene un enfoque a favor de que cada uno decida y de empoderar a cada persona con sus decisiones en la salud. Nos han enseñado harto darle a conocer al usuario el abanico de posibilidades que tiene y explicarle desde la medicina y el enfoque científico qué es lo mejor, pero finalmente ellos tienen el liderazgo respecto a su salud.

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa su universidad el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

Como un ramo dentro de la malla no está, no hay ningún ramo ligado a las no maternidades pero las docentes sí lo abarcan en distintos ramos como la anticoncepción y la menopausia. Se abarca pero realmente no está establecido, sino que es netamente de voluntad de la docentes y ellas lo enfocan más en que cada usuaria debe decidir sobre ella .

¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?

Uy yo he pasado por esa situación, como una persona que va al hospital. Lo encuentro terrible, es una falta tremenda a la ética profesional. Creo que cada uno puede tener la posición política, religiosa que desee pero no tienen por qué entrometerse en lo que el usuario decida. La opinión personal como matronas y cualquier personal de la salud debemos dejarla en el casillero guardada. Claro que podemos recomendar ciertas cosas a nivel médico pero la decisión finalmente es de la paciente y debemos respetarla y acompañarlas. Lamentablemente hay profesionales que no lo ven así y sinceramente creo que no deberían ejercer.

¿Considera que desde su universidad entregan herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización?

Bueno nosotros no realizamos la esterilización en sí porque es una operación y eso lo debe hacer un médico cirujano, pero sí nos entregan información respecto a orientar a la usuaria en qué consiste el procedimiento. Otra cosa, que no está reglamentado por la malla de la carrera pero las docentes sí lo comentan, es que si una usuaria nos pide algo muy en concreto (como la esterilización) y nosotras no podemos realizarlo, derivar a otro colega que sí lo haga y así se evitan de andar en ginecólogo tras ginecólogo hasta que se la hagan.

Dentro de la malla curricular de su carrera, ¿existe algún momento en el que impartan enseñanzas sobre una atención diferenciada hacia quienes desean no ser madres? O quizás no diferenciada pero integral y respetuosa

Directamente en la malla si se aborda la atención de forma integral, sobre todo profesoras del ramo de salud pública ponen mucho foco en ello y en el hecho de derivar. Pero en realidad hay tanta materia que ver que eso se aborda en 1 o 2 clases solamente, lo demás lo hemos aprendido en actividades que realiza la carrera como charlas o cursos pero no van entro de la malla.

¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?

Primero creo que debe ser realizada por el personal del área correspondiente. Muchas veces se quiere impartir educación sexual en los colegios pero no estoy muy de acuerdo en que lo realicen profesores, asistentes sociales o cualquier persona del colegio. Principalmente por la confidencialidad de los niños, niñas y adolescentes y también porque hay muchas dudas que no necesariamente van a saber contestar, dado que no es su área. También, considero importante que para una buena atención son necesarios más de 20 minutos, que es lo que se otorga usualmente y deberían ser al menos 40 minutos. Además, siento que los profesionales deben bajarse del podio de "saberlo todo" y escuchar mucho más a sus usuarias, darle la confianza, recordarle que todo es confidencial y mantener un buen trato, preguntarle cómo quiere que me refiera a su persona y en caso de que existe algo que se escape de nuestra atención, hacer la derivación al profesional correspondiente.

En relación al aborto, desde su perspectiva, ¿qué le parece esta decisión?

Considero que es una decisión muy personal y muy difícil. Creo que no le desearía a nadie que pase por algo así, porque es un proceso muy difícil psicológica y físicamente, entonces creo que las mujeres que pasan por ese proceso necesitan todas las redes de apoyo posible. Empezando porque no debería ser ilegal, debería estar al alcance de todos y de forma segura. Por supuesto los profesionales también deben dejar de imponer sus creencias o sus preferencias respecto a las decisiones de sus usuarios.

Desde la perspectiva o enseñanzas de su universidad, ¿cómo abordan esta decisión? ¿Lo conversan dentro de algún ramo o no se le da tanta importancia? ¿Les dicen el trato que deberían tener con personas que hayan abortado?

Sí, se conversa al respecto. Bueno, lo vimos en ética y en otra clases y se nos enseña más sobre el hecho de que no debemos meternos en las decisiones de las pacientes y lo único que debemos hacer es acompañar, dar contención, mantener la confidencialidad y derivar si es necesario. No sé si todas las profesoras tienen la misma postura acerca del aborto.

En caso de haber realizado alguna práctica o internado, ¿ha visto situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes?

Hasta ahora por suerte no me ha tocado ver nada por el estilo. Todas las matronas clínicas con las que he estado hacen mucho más de lo humanamente posible por sus usuarios. Por ejemplo, si el hijo de una persona está internado y que la matrona vaya, le tome la mano y le explique el proceso con harta calma son situaciones donde las usuarias se sienten con una buena atención. Con respecto a la vulneraciones de derechos, lo hemos visto en el análisis de casos desde el punto de vista de no hacer tratamientos correctos, de no hacer todo lo que deberíamos hacer.

En relación al tiempo que lleva en la carrera, ¿le gustaría cambiar, abordar o integrar algo?

Siento que falta actualizar los manuales con los que trabaja la universidad, porque estamos en 2023 pero trabajamos con la norma perinatal del 2015, entonces es muy antigua.

Alumna 7, quinto año, Universidad de Concepción

¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social?

En parte sí. Por ejemplo ahora como voy en quinto y he pasado por algún hospital me doy cuenta de que cuando a veces las personas mayores de 30 años no tienen hijos les dicen "uy ya se le pasó el tiempo", entonces hay un sistema cultural sobre a qué edad hay que ser madre. Se juzga si uno es madre a los 16, porque es a muy temprana edad o sino, cuando tienen 30 y aún no lo son.

“La mujer está destinada a ser madre”. ¿Qué opina de esta afirmación?

La verdad está pensado que las mujeres estamos hechas para reproducir a otro ser. Por ejemplo, en algunas prácticas veo a usuarias de 20 años aproximadamente que van a realizarse una ecografía vaginal, solamente para un control rutinario y les dicen "estos ovarios están perfectos para que seas mamá", pensando inmediatamente que la persona tiene alguna perspectiva de ser madre. Cuando en realidad solo va a un control de rutina. Entonces estos comentarios sobran, nadie debería opinar o comentar respecto a tu cuerpo y la capacidad de reproducir.

Desde su perspectiva, ¿qué características debería tener una buena mamá y un buen padre?

Siento que es difícil caracterizar a una buena madre. Por ejemplo, veo hartas mamás con depresión postparto y que a veces dejan de tener atención por su recién nacido. Existe un desapego, no les quieren amamantar e incluso algunos dicen "uy si esta mamá no los quiere", pero a veces no saben la situación de salud mental que está viviendo esta persona. Entonces, es difícil juzgar por la actitud a una buena mamá, porque pudo haber sido un embarazo planeado pero lo que aconteció durante ese embarazo, pudo haber cambiado las perspectivas y generar algún tipo de depresión o una psicosis postparto.

En relación a cómo caracterizaría a un buen padre, creo que está bien estereotipado porque desde la clínica se llama a un buen papá, a quien acompañará a los controles de embarazo, el que está presente en el parto, el que está atento a la situación que se está viviendo. Siempre recuerdo una situación de una pareja adolescente muy joven y el papá en el parto quedó choqueado, estaba en un rincón de la sala y no hacía nada. Obviamente la chica gritaba por el dolor y su pareja estaba bloqueado, ahí fue cuando las matronas presentes le dijeron que tenía que ser un buen papá y estar al lado de ella conteniéndola. Si pensamos en situaciones mayores, lo interpretarían como que va a ser un mal padre.

En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza?

Lo encuentro bueno. Desde el punto más psicológico, generalmente los recién nacidos generan mayor apego a la mamá porque claro, dónde estuvieron como feto dentro de ella y ahí es donde el padre tiene que poner de su parte para generar un lazo afectivo más profundo con los niños. Entonces, entre más presente esté un papá, mejor relación puede llevar. Tampoco siento que la mamá se deba llevar toda la carga, no es justo. Hay mamás que se quejan que los padres ni siquiera cambian pañales, a ese nivel de desconexión. Incluso, dejar a la mujer sola en la casa, considerando lo dolorosos que son los partos y que tiene que pasar por un proceso de recuperación de aproximadamente seis meses para volver a tener un cuerpo "preconcepcional", y por ende, todo ese proceso lo vive casi sola porque el papá vuelve a trabajar y se desconecta de la situación. Por lo que encuentro que sería favorable que hubiera más apoyo de los padres con sus parejas porque generalmente se asocia a la madre con el cuidado de sus hijos y el padre al trabajo.

Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión?

Bueno, es una decisión personal y es totalmente válida.

¿Existen prejuicios sobre las mujeres que deciden no ser madres en el ámbito clínico? Como por ejemplo a enfermedades asociadas.

Creo que no. No se dice los riesgos pero sí a veces los beneficios. Por ejemplo, los beneficios que da la lactancia es que para prevenir cáncer y cosas así, pero de riesgo como tal no.

¿Cree que se atormenta a las mujeres con estos diagnósticos en caso de que no quieran ser madres? Como una forma de presionarlas para que sean madres pronto

Desde mi vivencia no pero sí he escuchado de pacientes que por poco más algunos profesionales las incentivan a ser madre y decirles "si no eres madre ahora, se te va a pasar el tiempo". Lo anterior sucede más en usuarias entre los 27 años, que están en una buena edad socioeconómica y reproductiva para poder ser madres, pero finalmente sino es la decisión de la usuaria, siento que estos comentarios sobran.

¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente?

Podría generar una mala atención, generalmente se les dice que van a quedar solas toda la vida o que no van a tener quien las cuide cuando sean viejas. Puede ser que yo hipotéticamente no esté de acuerdo con que ella no quiera ser madre, pero si la trato mal yo no voy a cambiar su decisión pero si voy a afectar su ánimo y obviamente después de eso ella no va a querer a atenderse más. Al final la persona se va alejando de preocuparse de su salud sexual y reproductiva porque quizás a lo mejor no está tan ligada a lo maternal, pero se pierden sus controles de ITS y simplemente porque alguien le hizo un mal comentario.

¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura?

Yo he escuchado que es una carrera solo para mujeres. Lo dicen porque claro es una carrera dedica al área del cuidado de la mujer y el área reproductiva. Entonces está hecha

socialmente para mujeres. He tenido compañeros que en prácticas clínicas las usuarias los han echado de la sala, porque no quieren ser atendidas por un hombre y que ese hombre vea sus partes íntimas. Entonces sienten más confianza en las mujeres para mostrar sus partes íntimas. Otro estereotipo que he escuchado, es que es una carrera para mujeres madres y la verdad es que tengo varias que son madres.

Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva? Quizás no solo visto desde el ámbito de los pacientes, sino también visto desde la perspectiva de ustedes como profesionales. ¿Existe alguna desigualdad en temas de género?

Sí, en general bueno en las prácticas de hospital, la mayoría somos puras matronas y los médicos son hombres, ginecólogos hombres, entonces ahí si se genera como cierta desigualdad de poder. A veces estábamos asistiendo en un parto y llegaba el ginecólogo y sin ninguna pregunta se metía en nuestro procedimiento. Entonces quizás sí se ejerce una relación de poder por sexo, debido a que son puros hombres ginecólogos.

¿Considera importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica?

Debería ser así, porque igual así nos enseñan.

¿Por qué decidió estudiar Obstetricia?

Principalmente por la labor social que tiene. Una vez cuando estaba en el colegio, fue un matrón a hacer una charla sobre sexualidad, ITS y me gustó mucho cómo podíamos llegar a la sociedad, a escolares y bueno ahora me he dado cuenta que hasta a adultos mayores.

¿Por qué en la Universidad de Concepción?

Por el prestigio que tiene y por el campus porque es bonito. En general siento que no es tan desigual en comparación con otras universidades. Me he relacionado con gente de otras universidades y siento que su malla está más actualizada, sin embargo nuestros conocimientos también son actuales.

¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educaciones, entregados por la universidad en la que estudia?

Sí, nosotros tenemos un ramo que se llama ética y bioética sino me equivoco y tenemos muchos ramos relacionados con todo lo que es, aparte de la ética profesional, el trato de los pacientes y algunas leyes también como para ir preparado en esa área legal.

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

Por ejemplo, una clase de mujeres que desean no ser madres, no lo hemos visto. Pero sí en comentarios y conversaciones pero como instruir como tal, no.

¿Estas conversaciones se dan dentro de la clase o fuera de clases?

En ambos contextos. Pero siento que actualmente igual se ha creado un estereotipo de que las nuevas generaciones de matronas tenemos que estar 100% de acuerdo en el aborto, en que las mujeres tienen la decisión de no querer ser madres. Siento que si dentro de una conversación en el curso saliera alguien y dijera "yo no estoy de acuerdo con el aborto", sería muy raro y se miraría muy feo también.

¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?

Por ejemplo, donde más se impone lo que uno quiere es con los anticonceptivos porque hay muchas opciones de anticonceptivo y generalmente a las usuarias se les dice "tómame esto o ponte eso". Siento que no se dan el tiempo de mostrarle toda la gama de anticonceptivos a la usuaria, sobre cuál le puede convenir según su estilo de vida, sino que simplemente se le impone según la creencia de cuál podría ser mejor, pero se deja pasar la opinión de ella.

¿Entonces está de acuerdo o en desacuerdo de imponer los pensamientos propios por sobre el paciente?

En desacuerdo.

¿Considera que desde su universidad entregan herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización?

Sí. Tenemos muchos ramos relacionados a la atención integral pero enfocados en general, no específicamente a la no maternidad. Siempre se nos dice que debemos respetar las decisiones de las usuarias.

Dentro de la malla curricular de su carrera, ¿existe algún momento en el que impartan enseñanzas sobre una atención diferenciada hacia quienes desean no ser madres? O quizás no diferenciada pero integral y respetuosa

Sí. Principalmente los dos primeros años de carrera hay bastantes ramos enfocados en una atención integral.

¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?

Bueno como te decía, respetar las decisiones del usuario, deberían mostrarse todas las opciones y también respetar. Por ejemplo, cuando estoy en una consulta yo siempre intento no definirle un género al paciente, sino que preguntarle como le gustaría que lo trataran. Otra cosa que sucedía en las prácticas y que yo lo evitaba tontamente, era relacionar al padre de la guagua con la pareja de la madre, entonces eso a veces igual puede generar bastante incomodidades y hay que ser bien cuidadosos en eso para mantener una buena atención y que sea integral realmente.

En relación al aborto, desde su perspectiva, ¿qué le parece esta decisión?

Es válido. Cualquier persona tiene derecho a decidir si quiere ser madre o no, siento que la maternidad no se debería imponer.

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa su universidad el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

Sí. Sobre todo por el tema legal y hay que entender que hoy en Chile todavía está el tema de las tres causales. Entonces más que nada el aborto iría por las tres causales. También nos explican que por ejemplo, si llega una usuaria a urgencia o algún centro hospitalario y uno le ve que se realizó un aborto casero o cosas así, deberíamos denunciar. Pero de que se haga no sé, no me ha tocado la situación.

¿Se les enseña cómo abordar estas situaciones en caso de que llegue, por ejemplo, alguna paciente como mencionó?

Ahí es más compelo, no se explayan tanto en eso, se van más hacia lo legal.

En caso de haber realizado alguna práctica o internado ¿ha visto situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes?

Yo diría que sí pero siento que es por lo mismo de te decía antes, las decisiones de poder influyen mucho. A veces uno como matrona intenta que la usuaria se alimente durante su trabajo de parto, que pueda tener una acompañante significativo, pero si a veces una persona

superior, un ginecólogo dice que no, que la van a dejar sin comida, régimen cero o dicen "no es que la vamos a operar ahora ya, va a pasar a cesárea y el acompañante fuera". Es lamentable, y nosotros como estamos en una situaciones menor, como estudiantes, no sabemos bien qué hacer o no se puede hacer mucho.

Relacionado a esta misma situación, en caso de que usted ya estuvieras trabajando, ¿podría pasar que un ginecólogo llegue y realice lo mismo que me cuenta? ¿ellos tienen más poder dentro del parto?

Sí. De hecho yo he visto matronas cuestionando decisiones o alegando cosas, pero si él (ginecólogo) lo dijo así, ya no hay mucho que hacer. Creo que la situación más triste que he visto fue a una usuaria que estaba sin acompañante, yo desconocía los motivos pero ella se veía bastante afectada. Cuando fue su trabajo de parto ella llevaba mucho rato con contracciones, el parto se estaba demorando más de lo normal pero iba todo bien y de repente entra el ginecólogo con una tijera y le corta hacia abajo de la vagina para agrandar y que salga más rápido la cabeza del bebé. Eso es complicado porque puede generar la mujer a futuro tenga una disfunción sexual, dolor en sus relaciones sexuales, o sea que no es una decisión de llegar y tomar.

En ese momento la matrona le dijo "oye no pero si todavía nos queda tiempo, podemos seguir" y él dijo "no es que hay que apurar esto, se puede ahogar el feto". Pero claro son situaciones que se vulneran y pasan desapercibidas. Incluso a uno como estudiante le enseñan tantas cosas bonitas en lo teórico pero llegar a la práctica y vivir esa situación es fuerte.

¿Han realizado análisis de casos de situaciones de vulneraciones de derechos sexuales y reproductivo en clases? ¿se les enseña cómo deberían resolverse?

Recuerdo que sí se realizaban pero casos complejos como el que te mencioné no. Sino que más sencillos, ligado a lo legal. Por ejemplo, en Chile se debe vacunar al recién nacido, quiera o no el papá porque es un tema legal y está sobre su decisión. Entonces uno de los ejemplos era ¿qué hacer en caso de que los padres no dejen vacunar al recién nacido? y la respuesta era que se debía vacunar igual.

En relación al tiempo que llevas en la carrera, ¿le gustaría cambiar, abordar o integrar algo?

Siento que se debería ahondar más en casos reales, vivencias y salirse un poco de lo legal, e irse más en lo ético, en qué haría uno en este caso. También, siento que se da por obvio en que uno esté de acuerdo en que la mujer quiera ser madre o no.

Entrevistas realizadas a estudiantes de Obstetricia y Puericultura pertenecientes a la Universidad San Sebastián

Alumna 8, primer año, Universidad San Sebastián

¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social?

Yo desde muy chica he sentido que a la mujer se nos ve como una máquina de guaguas por así decirlo. Que somos algo así como un producto, que estamos hechas para ser madres. Entonces siento que la sociedad se cierra un poco al tema, o se cerraba, con el tema de las opciones y era como "para qué vas a adoptar, si puedes tener hijos", entonces se asume de que por ser mujer, quiere ser mamá.

"La mujer está destinada a ser madre". ¿Qué opina de esta afirmación?

No lo creo. No creo que sea el caso de todas, no se debe asumir o generalizar porque hay mujeres que simplemente no tienen ese instinto o que simplemente no saben cómo hacerse cargo de sí mismas y no están listas tampoco para hacerse cargo de otra persona. Siento que algo muy especial que no lo tiene todas la mujeres y está súper bien.

Desde su perspectiva, ¿qué características debería tener una buena mamá y un buen padre?

Una buena madre debe ser una persona buena para escuchar porque pasa mucho que niñas, niños y adolescentes sienten soledad y que no saben a quién contarle las cosas. También, que sea empática y que si al final tú le cuentas las cosas, no te termine rentando, sino que enseñando. Que puedan tener cierta complicidad y que no sea algo jerárquico como una autoridad, obviamente poner límites pero que sea una buena acompañante.

A un buen padre lo caracterizaría con lo mismo y que también den espacio. Porque he visto que muchos papás a veces tratan de entrar a la vida de sus hijos pero de una forma muy invasiva y finalmente a los hijos les produce rechazo. Eso más que nada, que tengan una buena relación pero con límites también.

En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza?

Estoy totalmente de acuerdo porque encuentro que está demasiado desigual la crianza de los hijos. Me atrevo a decir que la mayoría de las mujeres madres son las que se hacen cargo de los hijos la mayor parte del día. Van a las reuniones, van buscarlo donde amigos, entre otras cosas y siento que es una labor que se asigna solo a las mujeres. Entonces está súper bien eso de compartir las labores, porque no es solamente cuidar al niño y que no se caiga, sino que es criarlo y enseñarle cosas, entonces tiene que aprender de ambas partes.

Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión?

Estoy completamente de acuerdo y siento que desde muy chicas nos inculcan el "ay tú vas a ser súper buena mamá" y no nos hablan de la vida sexual y lo que implica eso, entonces quedamos desorientadas y luego se dan los embarazos adolescentes y esas cosas. Entonces nos meten en un tema súper grande porque ser mamá no es algo sencillo, es un cambio radical para tu vida y desde muy pequeñas nos van inculcando el hecho de maternar pero sin explicar o dar detalles de cómo va a cambiar tu vida, del tiempo que hay que disponer y que debemos dar mucho de nosotras.

¿Existen prejuicios sobre las mujeres que deciden no ser madres en el ámbito clínico?

En el ámbito clínico no tengo conocimiento, nunca lo he escuchado tampoco. Pero en caso de que esté comprobado científicamente que tienen mayor riesgo de padecer ciertas patologías por no ser madres, no tendría por qué importarle al resto esa decisión. Entonces por el momento no lo he escuchado pero siento que se juzga demasiado en ese sentido, desde el personal de salud más antiguo, ellos tienen esa mentalidad. Siento que las generaciones jóvenes ya no están enfocadas en eso.

¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente?

O sea, yo creo que al final es una decisión que no repercute en nadie pero esa presión de ser madres o no serlo repercute en la usuaria. Creo que causaría algún daño psicológico el estar con culpa de pensar que están hechas para ser madres y no lo están aprovechando. Además de vivir con ese pensamiento constante de que no está haciendo algo que deberían porque está impuesto por mucha gente que le dice "en algún momento te vas a arrepentir".

¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura?

Sí. Me han hecho bromas estereotipadas de que mis compañeros son gays y que es una carrera solo para mujeres. Lo anterior yo creo que tiene que ver un poco con el acoso sexual y esas cosas, las mujeres no se sienten cómodas con hombres, a mí me incomodaría atenderme con un matrn. Finalmente eso genera un cierto rechazo hacia ellos pero al final la carrera es tan amplia que mis compañeros no necesariamente van a querer ser matrones relacionados a la ginecología. Sin embargo, ahí les queda la vara más difícil a ellos y tienen que demostrar que realmente están capacitados para eso. Otro comentario que he escuchado es que los hombres entran a la carrera solo para ver mujeres desnudas, vaginas y que son unos degenerados, lo cual igual es pura desinformación porque pueden dedicarse a otras áreas. También otro estereotipo es que por ser matrones debemos estar en contra del aborto, porque es una carrera relacionada más a la maternidad.

Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva? Quizás no solo visto desde el ámbito de los pacientes, sino también visto desde la perspectiva de ustedes como profesionales. ¿Existe alguna desigualdad en temas de género?

Yo siento que obstetricia es una de las carreras con menos competencia, se nota un ambiente muy sano. Obvio la competencia siempre está pero en un nivel más bajo. Otro tema es el de los doctores y enfermeras, que tratan de invalidar o quitar un poco el trabajo que hace una matrona o un matrn, porque ellos están capacitados para hacer lo mismo. He escuchado experiencias de otras niñas matrones donde las enfermeras o lugares donde hacen los internados las tratan pésimo. Si bien enfermeras y doctores pueden ejercer como la misma profesión, ellos tienen dos años de especialidad y nosotros estamos cinco años estudiando lo mismo, entonces obviamente estamos mejor capacitados y más completos.

¿Considera importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica?

Sí. Nos están inculcando desde primer año el tema de atender sin prejuicio. Vamos a empezar a tocar el tema de las personas lgbtiq+, sobre cómo atender integralmente a esas personas y que no se sientan excluidas o discriminadas. Estoy súper de acuerdo con eso porque lo he visto en casos de amigos que no les dan un trato digno. Como futura profesional igual quiero atender a partir de eso, finalmente estamos atendiendo a una persona, da lo mismo su género, identidad o lo que sea, debemos estar capacitadas para darle un trato digno sin importar.

En relación a lo anterior, ¿han conversado acerca de la atención a las personas lgbtiq+ o de las disidencias sexuales?

Sí, tenemos un ramo que se llama fundamentos de la matronería y dentro de estas poquitas clases que hemos tenido tuvimos que disertar, sacar información de un video sobre los 184 años de la matronería y dentro de eso se mencionaba que ahora las matronas están instalando nuevas políticas públicas para poblaciones que eran rezagados o postergadas. Están exponiendo temas acerca del VIH, educación sexual en niños, niñas y adolescentes y el embarazo adolescente. Ahí fue cuando la profesora nos dijo que íbamos a conversar de temas como el aborto para conocer nuestra opinión y generar pensamiento crítico.

¿Por qué decidió estudiar Obstetricia?

Hay un motivo vocacional y personal. Yo siempre me vi como estudiando algo de la salud y desde primero medio decidí estudiar algo relacionado a la salud. En ese mismo tiempo, empecé a conocer más de mi historia, mi mamá es madre soltera, me tuvo a los 30 años y si bien era una mujer que ya trabajaba y se podía mantener, me tuvo sola. Mi papá no estuvo cuando yo nací y no supe más de él. Entonces ahí me fui enterando de que el parto fue súper difícil para ella, porque siempre quiso ser mamá pero realmente no fue el momento correcto. Después de eso tuvo depresión post parto y también empecé a escuchar mucho más el tema de la violencia obstétrica en la televisión; que en urgencias estaban muriendo guaguas, que a pesar de estar pagando no les daban una buena atención y a mi también me pasó eso. Entonces ahí sentí ese llamado porque era algo que me estaba causando mucha rabia y yo quería aportar mi granito de arena porque no quería que existieran más mujeres como mi mamá. Me gustaría acompañar a esas mujeres y hacer que sea un proceso más llevadero.

¿Por qué en la Universidad San Sebastián?

Había postulado a la Universidad de Concepción (UdeC) pero fue más que nada porque tiene el renombre y prestigio, pero no quedé. Entonces fui a la USS para ver si me podían dar un cupo y quedé. Luego indagando, me di cuenta que la malla de la UdeC está muy atrasada y la de mi universidad cuenta con ramos de salud pública, psicología de la mujer y siento que son ramos necesarios para la carrera, tiene buenas formaciones.

¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educaciones, entregados por la universidad en la que estudia?

Sí. Por ejemplo hoy conversaba con una amiga que es matrona hace veinte años aproximadamente y siempre cuenta que las mejores internas para atender son de ciertas universidades y yo creo que eso igual repercute en toda su formación y los ramos que tienen. Porque hay ramos de ética, de ética medicinal -una cosa así- y hay unos ramos que no, que se van demasiado por el lado de aprender biología, de cómo funciona el cuerpo (como se veía antes la medicina). Pero hay otras universidades que lo abarcan más desde el ámbito psicológico o del núcleo familiar, más integral. Entonces considero que sí importa y apoyo eso de que existen personas más capacitadas para crear un trato integral

¿Qué opina de los valores que imparte tu universidad? Considerando que es una universidad humanista Cristiana, ligada a una religión. ¿Es algo que intentan imponer dentro de sus clases?

Siento que no, que hay otras universidades que lo imponen un poco más, desde las figuras de sus creencias y están por todas partes. Eso sí podría incomodar a la gente que no comparte cierta ideología, pero por lo menos dentro de la universidad siempre está la invitación a participar pero no es una obligación. Lo que siento que eso también repercute en los temas tabú, como el acoso que se da entre estudiantes y las funas, eso resulta innombrable por las ideologías que tiene. Sin embargo, en mi centro de estudiantes hay una encargada de feminismo y eso yo no lo había visto, menos en una universidad ligada a religiones, fue una sorpresa.

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa su universidad el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

Hasta ahora no lo hemos conversado, solamente lo mencionó la profesora pero ella nos dejó en claro que da lo mismo si nosotros estamos a favor o en contra, porque nos van a enseñar a cómo tratar y atender integralmente a esas personas. Lo mismo con el aborto, si es un procedimiento que debemos hacer, como profesional lo tenemos que hacer, no debemos negárselo solo porque yo no estoy de acuerdo. Entonces eso lo encontré súper importante.

¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?

Encuentro que no debería hacerse. Yo creo que toda biología conocida, tiene sus lados buenos y que todos buscan el bien al final pero siento que uno está en la libertad de elegir qué puede hacerse. Creo que según lo que consideremos ético podemos aconsejar y decir "yo lo haría así, porque de esta forma me enseñaron o criaron" pero nunca imponer. Porque eso me pasa a mí, gente de otras ideologías o creencias religiosas a veces me dan consejos y me dicen "si te sientes sola intenta aferrarte a Dios, habla con él". Se debe aconsejar y luego cada persona ve qué hace con esa información.

¿Considera que desde su universidad entregan herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización?

Sí, creo que tenemos un ramo dedicado a eso. No sé muy bien qué temas vamos a tratar pero en la psicología de la mujer yo creo que se incluye. Según lo que investigué antes de entrar a la carrera si es algo que se aborda. Por ejemplo, las alumnas que están haciendo internado o actividades de fin de año tienen que realizar talleres, información acerca de métodos anticonceptivos, obviamente enfocados desde personas que inician su vida sexual muy pequeños hasta personas que no quieren serlo y solo quieren disfrutar de su vida sexual.

¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?

Que sea una conversación donde no se censura nada y que se expliquen la cosas como tal. Porque eso de que el huevito y la cigüeña no queda claro. Porque finalmente uno desde pequeño va idealizando las cosas y después se dan cuenta que es muy feo o que no es cómo te lo contaron y llega a ser una decepción porque no era como lo pensabas. Entonces creo que las cosas relacionadas a la salud sexual y reproductiva deben hablarse sin tabú porque es algo que sí o sí se va a vivir. Hay mucha gente que no quiere tocar esos temas pero se espanta si ve a una niña de 14 años siendo mamá, entonces es algo muy evitable. Obviamente suceden las fallas de anticonceptivos pero muchas niñas caen en las desinformación.

En relación al aborto, desde su perspectiva, ¿qué le parece esta decisión?

Yo estoy a favor, desde chica era algo que se tocaba hasta en mi colegio. En algún momento estuve solo a favor de las tres causales pero ahora estoy a favor del aborto libre y ojalá gratuito también. Porque siento que aunque haya sido por una irresponsabilidad, es mucho más irresponsable traer un niño al mundo sin estar preparada. Hay gente que se espanta tanto hablando de este tema pero se ve mucha pobreza en el país, muchos niños en las calles, sin estudios o trabajando desde pequeños. Entonces se hacen los ciegos si ven algo así pero les gusta llenarse la boca diciendo "cómo le van a meter esos pensamiento (sobre el aborto y educación sexual) a nuestro niños chicos". Si bien siento que el aborto debería ser la última opción, todavía está el tema de la vasectomía porque que es un proceso mucho más sencillo y que se puede revertir. Finalmente hay mucha desinformación.

Desde la perspectiva o enseñanzas de su universidad, ¿cómo abordan esta decisión?

¿Lo conversan dentro de algún ramo o no se le da tanta importancia? ¿Les dicen el trato que deberían tener con personas que hayan abortado?

Como te decía es algo que nos dijeron que se va a tratar, yo creo que desde la otra semana. Porque con un trabajo pasado que hicimos ella nos compartió su opinión, nos dijo que estaba a favor y que daba lo mismo nuestra postura, ella solo quería escucharnos y escuchar nuestros fundamentos. Nos dijo que abordaríamos esos temas en lo que quizás uno no está de acuerdo, pero tenemos que saber cómo tratar a personas con ideologías distintas para dar una atención integral.

En caso de haber realizado alguna práctica o internado, ¿ha visto situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes? O quizás en el análisis de casos, ¿sus profesores han planteado cómo se deberían abordar situaciones de una manera más integral y respetuosa con la paciente?

No, no hemos conversado acerca de eso.

En relación al tiempo que lleva en la carrera, ¿le gustaría cambiar, abordar o integrar algo?

Yo creo que lo que podría cambiar, que sé que en otras universidades lo hacen pero este no es el caso, es ver el trato con los pacientes. Digamos acerca de la atención a pacientes que es algo que acá se ve a finales de segundo año creo y ahí uno al tiro se da cuenta si está hecho o no para un trato hacia las personas .

Alumna 9, segundo año, Universidad San Sebastián

¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social?

Sí, todavía es un constructo social. Aún se tiene esa creencia de que si eres mujer dentro de los 30 años y aún no eres madre, no triunfaste en la vida. Todavía se ve que los sueños de una mujer es ser mamá. Más que nada yo creo que en las generaciones más jóvenes quizás eso cambia. Por ejemplo, en el caso de mis compañeras un 40% o 50% quiere ser madre y ven súper normal que las demás no quieran serlo.

“La mujer está destinada a ser madre”. ¿Qué opina de esta afirmación?

No lo relaciono de esa forma. Creo que una mujer está en todo su derecho de decidir si quiere ser mamá o no en algún momento. Nuestro cuerpo está preparado para serlo, pero no es una obligación o algo que nos va a completar.

Desde su perspectiva, ¿qué características debería tener una buena mamá y un buen padre?

Es complicado, porque es subjetivo el hecho de ser buena mamá pero creo que una buena mamá tiene que ser apañadora, acompañar a sus hijos, ser consciente de que sus hijos tienen sentimientos y que tiene proveerlos desde todo ámbito (afectuoso, económico, apoyo). Todas esas cosas yo creo que son esenciales para que una mamá sea relativamente buena. Un buen padre para empezar tiene que estar presente, no necesariamente quizás viviendo con la familia en sí, porque actualmente la familia son disfuncionales. Que esté presente no solo en el ámbito económico, porque la mayoría de los papás dicen "le mando plata y tengo cumplido mi rol de papá", pero que estén presentes emocionalmente también es importante. Siempre se le atribuye a la madre todas las preocupaciones y debería ser de ambos.

En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza?

Sería lo ideal, o sea, es como una utopía pensar en la crianza así compartida, pero igual es difícil. En estos tiempos siento que es algo que no sé si podría dar.

Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión?

Es maravilloso que tenga la posibilidad de decidir, y que puedan elegir lo que realmente quieren y no tengan que estar presionadas por la sociedad o porque le dicen "te vas a quedar sola cuando seas vieja" o siempre escuchaba que decían "va a aparecer un hombre que va a querer ser papá y le vas a tener que dar un hijo". Entonces es maravilloso que podamos decidir si querer ser madres o no.

¿Existen prejuicios sobre las mujeres que deciden no ser madres en el ámbito clínico? Como por ejemplo a enfermedades asociadas.

Sí todavía. Como te decía las generaciones más antiguas del personal de la salud tienen ciertos estigmas. De hecho antes -no sé si aún es así-, una mujer no se podría esterilizar antes de tener un hijo porque después se podía arrepentir o tener problemas con su salud, como tener cáncer.

¿Cree que se atormenta a las mujeres con estos diagnósticos en caso de que no quieran ser madres? Como una forma de presionarlas para que sean madres pronto.

Sí, incluso a mí me ha pasado. Tengo muchos problemas en el útero, varias enfermedades, y una vez la matrona me dijo "todo esto se te va a pasar cuando llegue el hijo. Si no tienes un hijo va a ser difícil y estarás con este problema toda tu vida". Entonces creo que es un problema de las generaciones más antiguas porque a nosotros nos inculcan desde el minuto uno que eso no es así.

¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente?

Como te digo, sería atendiéndote con personas más de edad. Que empiezan a tratar de culparte diciendo "hay mujeres que realmente quieren ser mamás y tú pudiendo serlo, no lo haces". Entonces, pienso ¿le debo algo a las mujeres que no pueden ser madres y por eso tengo que ser madre yo?.

¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura?

Sí. Por ejemplo, yo tengo cuatro compañeros de la generación completa donde somos aproximadamente 100 y para ellos también es un tema complicado porque les dicen que es una carrera solo para mujeres y que solo entran para "ver cuestiones", está ese estigma. O sino les dicen que solo entran a la carrera porque quieren ver mujeres o porque son gays.

Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva? Quizás no solo visto desde el ámbito de los pacientes, sino también visto desde la perspectiva de ustedes como profesionales. ¿Existe alguna desigualdad en temas de género?

Sí, se ve harto. Siempre he dicho que todavía existe esa desigualdad entre el médico y la matrona. Por ejemplo, siempre dicen "yo sé que más de lo que estudiaste tú porque soy médico" y que por esa razón "debemos hacerle caso". En cambio, a nosotras desde la universidad nos dicen que seremos las que más vamos a saber porque estudiamos cinco años para esto. Entonces se ve reflejado de que por ser hombres te hacen mansplaining y te dicen "no esto no es así, no, es que tú no sabes". También, otra situación que nos comentaba una profesora que es matrona hace muchos años y su esposo también (se conocieron en la universidad), nos decía que cuando iban a hacer educación sexual a un colegio y llegaba ella nadie la pescaba y la agarraban para el leseo pero en cambio, cuando llegaba él, todos estaban callados y respetuosos. Hay harta desigualdad en ese tema.

¿Considera importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica?

Definitivamente. O sea, no sé si es la universidad en la que estoy, o es que realmente está cambiando el tema y todo se está viendo diferente. Al menos en el ámbito que estudio, hombres, mujeres o disidencias, se ven por igual y es algo completamente importante. Antes había tanta violencia obstétrica y a nosotros desde el comienzo en la carrera se nos dijo que era imposible que lo hiciéramos porque es terrible.

¿Por qué decidió estudiar Obstetricia?

Fue mi sueño desde chica, siempre quise ser matrona, más que por lo que siempre dicen que estamos solo para sacar guaguas. Me gusta mucho el área ginecológica, me gusta mucho tratar a mujeres, siento que la obstetricia de cierta forma empodera a mujeres e incluso las mismas matronas tenemos el poder de enseñarles sobre su sexualidad, que sepan de sus hijos y su cuerpo. Eso es lo que más me motiva a querer ser lo que quiero ser.

¿Por qué en la Universidad San Sebastián?

Mira la verdad es que por temas de plata yo quería entrar a la Universidad de Concepción pero acá tienen hospitales simulados, hacemos prácticas con robots, entonces siento que la Universidad San Sebastián es más moderna y mucho más actualizada. La enseñanza es muy buena, los profesores son bacanes.

¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educaciones, entregados por la universidad en la que estudia?

Sí, definitivamente. Desde el primer año nos empiezan a pasar psicología, antropología, ética todas esas cosas y sirven demasiado. Puede ser que pase cierta situación y el hecho de estar con usuarias te hace pensar en qué te puedes equivocar y qué no quiero hacer.

¿Qué opina de los valores que imparte su universidad? Es una universidad ligada al humanismo cristiano, ¿es algo que imponen dentro de sus clases?

Si o sea, siempre hablan del tema de la igualdad, del respeto y todo se ve muy reflejado en el mismo trato de los profesores, cuando tu necesitas algo siempre están para ayudar y enseñan buenas cosas. Practican lo que enseñan.

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa su universidad el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

Es un tema que hemos tratado harto. Por ejemplo la otra vez conversábamos con una profesora que actualmente las generaciones están cambiando, todos están cambiando o que actualmente hay muchas mujeres que no quieren ser mamás o son madres a edades más avanzadas. Hay familias diferentes, hay muchos cambios y en eso está el tema de las mujeres que no quieren ser mamás y ahí nos decían "es violencia obstétrica que ustedes les digan que no se pueden esterilizar porque tienen que tener un hijo primero" o decirles que tienen que ser madres en algún momento. Eso finalmente no se debe dar, uno no tiene que intervenir en sus decisiones, se nos ha educado muy bien en ese sentido. Incluso, si el aborto llegara a ser legal en Chile, sería maravilloso porque también conversamos de que la maternidad debe ser deseada en todo sentido.

¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?

Es terrible, incluso yo tengo malas experiencias con eso. Recuerdo que era chica y quería empezar a tomar anticonceptivos y la matrona me dijo "no, yo encuentro que", y con ese "yo encuentro" ya empezamos mal. Me dijo que era muy chica y que no tenía que entrar en la vida adulta todavía. Ahora en la universidad nos dicen que jamás deberíamos hacer eso, no tenemos que meternos en las decisiones del paciente, solo tenemos que educar y facilitar lo que ellos deseen.

¿Considera que desde su universidad entregan herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización?

Sí, tenemos ramos de fundamentos de la salud sexual y reproductiva y ahí se menciona el tema de los derechos sexuales y reproductivos. Nos mencionan que toda persona tiene derecho a ser madre o no y todo eso.

Entonces, dentro de la malla curricular de su carrera, ¿existe algún momento en el que impartan enseñanzas sobre una atención diferenciada hacia quienes desean no ser madres? O quizás no diferenciada pero integral y respetuosa

Sí, exactamente.

¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?

Para empezar, yo siempre he dicho que nunca se debe asumir el género de la persona. Empezar preguntando el pronombres, cómo desea ser llamado y desde ahí preguntarle que deseos tiene, si quiere ser madre o no, si quiere tomar ciertos anticonceptivos, cuál es su orientación sexual para darle herramientas sobre cómo cuidarse para que no hayan problemas. Siento que no hay que asumir nada, más que nada siempre debemos dar todas las herramientas, preguntar y entregar toda la información sin imposición alguna, sino que ellos tomen la decisión que quieran.

En relación al aborto, desde su perspectiva ¿qué le parece esta decisión?

Siento que algo que debería ser legal, yo creo que existe desde que existe el mundo y debería ser sí o sí libre, legal, seguro y gratuito. A mí me decían que como iba a ser matrona iba a ver el desarrollo de los bebés y que no sería nunca más pro aborto, pero la verdad es que viendo todo lo que se acarrea junto con un embarazo que no es deseado, creo que lo más maravilloso que existe, es poder tener la decisión de ser madre o no. Tener las herramientas disponibles para poder ver qué hacer y siento que es algo mínimo que debe tener una mujer, tener la opción de decidir. Porque aún se sataniza caleta el aborto pero acá en la universidad no. Siempre he dicho que nosotras estamos para empoderar mujeres y para empoderarlas necesitamos darle opciones y el poder de decidir.

Desde la perspectiva o enseñanzas de su universidad, ¿cómo abordan esta decisión? ¿Lo conversan dentro de algún ramo o no se le da tanta importancia? ¿Les dicen el trato que deberían tener con personas que hayan abortado?

Sí, por ejemplo, tenemos ramos que son propios de la carrera en los que se nos habla de acompañamiento a personas o han sufrido abortos o han provocado un aborto. Se considera que no es algo sencillo y que se debe tener apoyo y contención. En mi generación hay personas que no están a favor del aborto pero sí se da esa enseñanza a nivel global de que existe el aborto y no va a dejar de existir solo porque tú piensas que está mal y por ende tenemos que tener las herramientas para acompañar a estas personas y en algún momento si se hace legal, vamos a tener todas las facultades de poder ayudar a quienes quieran abortar.

En caso de haber realizado alguna práctica o internado, ¿ha visto situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes? O quizás en el análisis de casos, ¿sus profesores han planteado cómo se deberían abordar situaciones de una manera más integral y respetuosa con la paciente?

No he tenido prácticas pero dentro del análisis de casos se habla harto de eso, durante la violencia obstétrica se habla mucho de eso .

En relación al tiempo que lleva en la carrera, ¿le gustaría cambiar, abordar o integrar algo?

por lo menos hasta el momento se nos ha incluido todas las visiones sexuales, los tipos de pareja que pueden haber. Quizás nunca se ha hablado del tema del poliamor, siempre se habla desde la monogamia

Alumna 10, segundo año, Universidad San Sebastián

¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social?

No siento que siempre se vincule a un constructo social. No siento que la maternidad se relacione con las mujeres. En el caso de nuestra universidad, en Fundamentos de la Matronería se nos deja muy en claro el tema de no relacionar la maternidad como una finalidad para las mujeres y además que la mujer tiene derecho en ese sentido a ser libre, es una opción válida. También nos mencionan que si bien nos relacionamos con el parto, va mucho más allá de eso; como el tema de los anticonceptivos, que está más relacionado a las mujeres que no desean ser madres.

“La mujer está destinada a ser madre”. ¿Qué opina de esta afirmación?

No está destinada. Anatómicamente somos quienes pueden dar a luz pero como te digo es algo propio, personal y que se tiene que plantear porque es una responsabilidad súper grande. Entonces si tú dices "yo no quiero ser madre" debería estar la opción de realizar cirugías, para que de alguna u otra forma la mujer no tenga que ocupar anticonceptivos toda su vida. En ese sentido la mujer debe tener libertad, y poder informarse, para eso estamos capacitadas nosotras como matronas.

Desde su perspectiva, ¿qué características debería tener una buena mamá y un buen padre?

Una buena mamá tiene que desearlo y apoyarlos en todo ámbito. Un buen padre lo mismo, tiene que estar presente y desearlo al igual que la madre.

En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza?

Es algo que se está informando e integrando más y encuentro que es lo mejor. Bueno también sabemos que hay familias disfuncionales en donde no siempre está el papá presente o la mamá, entonces el tener roles es importante en la crianza. Que el niño o la niña tengan otras visiones y que tenga una crianza buena. Por ejemplo, yo fui criada por mi mamá y mi abuela, por ende tampoco tuve esa paternidad presente pero aún así me crié bien y tengo muchos valores y virtudes que he ganado de ellas.

Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión?

Es algo totalmente relacionado con la libertad de la mujer. Como te decía debería existir esa opción de la cirugía porque también en la universidad nos muestran casos de mujeres que a los veinte años no quieren ser madres pero que ha pasado con diferentes ginecólogos y se niegan a realizarle el procedimiento. Le dicen que debe ser madre primero y luego de eso puede optar a una cirugía. La mujer tiene la libertad de elegir pero lamentablemente en Chile no es tan fácil eso. Creo que debería existir una opción de que cuando una mujer tenga buen razonamiento -20 años- pueda optar a estas cirugías y no estar con anticonceptivos siempre, porque sabemos que no son 100% efectivos.

¿Existen prejuicios sobre las mujeres que deciden no ser madres en el ámbito clínico? Como por ejemplo a enfermedades asociadas.

No, la verdad es que en el ámbito clínico no es así, el no ser madre no se relaciona con ninguna enfermedad o mayor riesgo de padecer ciertas patologías. Pero al mismo tiempo hay mucha desinformación, porque por ejemplo algunos cáncer se transmiten por falta de protección con

preservativos, ya sea masculino o femenino. Entonces no es cierto de que por no ser madre se vayan a contagiar de algo o tener más riesgos de padecer ciertas patologías.

¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente?

Yo creo que en temas médicos no deberían interferir los pensamientos de algún ginecólogo o matrona, pues solo es el pensamiento de la mujer acerca de su sexualidad. Por ejemplo, yo inicié a los 17 años con anticonceptivos y la matrona lo primero que me dijo "ay tan jovencita" y siento que esos comentarios sobran. Algo que también nos enseñan en la universidad es evitar ese tipo de comentarios al momento de atender y así no interferir con la vida de la mujer. Debido a que es su vida y ella sabrá que decide, nosotras lo único que tenemos que hacer es informar y ayudar.

¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura?

Sí. Por ejemplo, en mi sección se han visto muchos hombres en comparación con otros años, o sea no son tantos pero yo diría que un 5%. También tengo amigos matrones y siempre me han comentado que existe ese prejuicio de que la carrera es solo para mujeres pero siento que ellos tienen habilidades y el mismo razonamiento que nosotras. Incluso a veces nos sorprenden en clases dando su punto de vista, cómo ellos ven la carrera y la opinión de la mujer. Entonces el estereotipo que más he escuchado es ese, que es una carrera solo para mujeres.

Me mencionó que tiene compañeros hombres, ¿siente que existe algún trato desigual en comparación a ustedes?

En ese sentido no. Nosotras como mujeres nos sentimos muy bien de que existan hombres estudiando la carrera pero sí siento que en el ámbito laboral sí se podría ver alguna discriminación hacia los hombres. Pues, la mujer se siente mucho más segura al ser atendida por otra mujer. Entonces en lo laboral podrían existir ciertas desigualdades pero en el ámbito universitario no.

Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva? ¿Existe alguna desigualdad en temas de género?

Yo diría que el choque de desigualdad iría con la carrera de obstetricia y enfermería. Un profesor de anatomía nos decía que nosotros no necesariamente nos debemos dedicar a trabajar en un hospital, sino que también dedicarnos a la investigación para que así otras áreas no se tomen nuestra carrera. En el caso de los médicos, ellos tienen solo un semestre dedicado a la matronería y nosotros cinco años entonces estamos mucho más especializados y la verdad es que a veces se produce esta desigualdad con nosotras solo por ser mujeres, cuando en realidad sabemos y estudiamos mucho más del tema que ellos.

¿Consideras importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica? Libre de estigmas, respetuosa con las decisiones de cada paciente, sin discriminación

Sí y desde la carrera siempre que nos dice eso, que la paciente tiene la última palabra. Nosotras solo tenemos que guiar e informar, nunca juzgarla.

¿Por qué decidió estudiar Obstetricia?

Bueno yo quería entrar a la PDI pero como no quedé, Obstetricia era mi segunda opción. Como te decía la carrera no solo se trata de atender partos, también de la educación sexual, la prevención de ITS y esa parte me interesó mucho más que un parto.

¿Por qué en la Universidad San Sebastián?

Porque ahí quedé por la admisión especial.

¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educaciones, entregados por la universidad en la que estudia?

Sí, siento que muchas veces esos factores se miran en menos como un ramo más pero siento que los valores y la ética que se entrega en la universidad son importantes en el tema laboral. Respetar a la paciente y que ella tiene la última palabra y nosotros debemos entregarle el mejor conocimiento que tengamos porque finalmente estamos para servirle al país y a la mujeres.

¿Qué opina de los valores que imparte su universidad?

Son importantes para el buen desempeño de la carrera.

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa su universidad el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

En el primer año de la carrera se conversa sobre la no maternidad pero desde el segundo año comenzamos con el tema de la mujer embarazada. Entonces, nos dejan en claro que si la mujer no quiere ser madre nosotras debemos darle toda la información acerca de anticonceptivos y preservativos. Entonces vemos la no maternidad desde ese ámbito.

¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?

Bueno eso se relaciona directamente con el ética de cada profesional. En ramos de la carrera hemos visto que nunca debe interferir la religión o pensamientos ante la atención de pacientes porque está mal. Cuando son pensamiento propios de la matrona no se deberían imponer pero por ejemplo, cuando es algo médico tenemos que informar y decir "a esta edad tú no te puedes hacer esto", porque realmente no será algo bueno para su salud.

¿Consideras que desde su universidad entregan herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización?

Por el tema de esterilización aún no lo vemos, creo que se relaciona más con lo legal y también con este problema de que siempre existirán médicos que se oponen a realizarlo por la edad de las pacientes. En relación a la atención por temas de no maternidad están los anticonceptivos y nos enseñan que debemos entregar toda la información posible, los diferentes tipos de anticonceptivos y sus consecuencias.

Dentro de la malla curricular de su carrera, ¿existe algún momento en el que impartan enseñanzas sobre una atención diferenciada hacia quienes desean no ser madres? O quizás no diferenciada pero integral y respetuosa

Sí, bueno ahí se nos dice lo mismo que te había mencionado. Que debemos entregar toda la información, preguntarles si están seguras, tratar de ver las ventajas y desventajas pero siempre dejando de lado nuestra opinión personal.

¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?

Bueno la atención no solo se basa en la mujer. Sabemos que para el cuidado reproductivo de los hombres solo existe el preservativo y que lamentablemente a la mujer le tocan las pastillas, las inyecciones y también existe el preservativo uterino. En relación a la atención integral, es esencial entregar información de la salud sexual y reproductiva en los colegios a temprana edad para prevenir embarazos no deseados.

En relación al aborto, desde su perspectiva, ¿qué le parece esta decisión?

Ese es un tema súper caótico en nuestra carrera. Personalmente pienso que debería ser aprobado desde los 18 años -porque a menor edad es más peligroso-, y por el mismo tema de

los anticonceptivos, que ninguno es 100% efectivo. Entonces debería existir esa opción de aborto cuando hay un fallo de anticonceptivo o preservativo. Además de las tres causales de nuestro país, que a pesar de que existen, se debe hacer mucho papeleo y pienso que debería ser más accesible.

Desde la perspectiva o enseñanzas de su universidad, ¿cómo abordan esta decisión? ¿Lo conversan dentro de algún ramo o no se le da tanta importancia? ¿Les dicen el trato que deberían tener con personas que hayan abortado?

El primer año tratan de no conversar sobre el aborto pero sí nos mencionan que existen las tres causales y que nos debemos basar en eso. Aunque los profesores y profesoras no avalan mucho de que hablemos de esos temas y siento que en ese sentido se debería dar más libertad para hablar ese tipo de temas. Siempre que se mencionaban se intentaba cerrar la conversación y solo mencionaban las tres causales, regírnos desde el marco legal. En relación al trato que se debería tener con las pacientes nosotros podemos verlo desde el ámbito psicológico y realizar un acompañamiento pero no alentarlas a abortar ilegalmente.

En caso de haber realizado alguna práctica o internado, ¿ha visto situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes? O quizás en el análisis de casos, ¿sus profesores han planteado cómo se deberían abordar situaciones de una manera más integral y respetuosa con la paciente?

A mí por lo menos no me ha tocado presenciar ninguna porque no he realizado prácticas. Pero una profesora nos contó que cuando tuvo a su bebé una matrona fue súper pesada con ella y que incluso por eso quiso estudiar obstetricia y ser profesora para cambiar esas situaciones. Nos inculcó mucho el respeto hacia la mujer, darle su tiempo durante el parto, no decir comentarios feos. Finalmente el respeto es lo esencial al momento de atender.

En relación al tiempo que lleva en la carrera, ¿le gustaría cambiar, abordar o integrar algo?

Lo del tema del aborto yo creo que es fundamental agregarlo más o que nos permitieran hablarlo más libremente.

Alumna 11, tercer año, Universidad San Sebastián

¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social?

Definitivamente sí, porque yo creo que es algo que ha trascendido en tantas generaciones eso de sí o sí tener hijos, de tener una familia, como prototipo. Entonces viene tan instaurado en nuestra cultura, porque en realidad es un tema cultural. Yo creo que todavía nos falta para derrocar eso.

“La mujer está destinada a ser madre”. ¿Qué opina de esta afirmación?

Yo creo que más allá del destino, yo creo que hubo una decisión propia y una decisión muy personal.

Desde su perspectiva, ¿qué características debería tener una buena mamá y un buen padre?

Una buena mamá aparte de lo básico, o sea, de atender las necesidades básicas. Yo creo que tiene que dar mucha contención en temas de sentimientos. Creo que lo más importante en realidad en el tema de la crianza es darle contención a los niños. A un buen padre que esté presente, pero presente en el sentido de que sea como accesible a hablar, no como esto de ya estamos juntos en un mismo lugar, pero no hablamos, no nos comunicamos ni nada. Tiene

que ser al revés, que haya comunicación, que fluya, que uno pueda compartir con su niño pero de una manera fluida.

En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza?

Yo creo que tal vez nunca va a poder llegar a ser parejo. Creo que es súper complicado hacerlo como más parejo, pero yo creo que todo depende de la persona que tenemos a nuestro lado y de cómo ella nos intenta apoyar. Porque ya tal vez un hombre no pueda amamantar, claro, pero sino puede ayudar con otras cosas básicas, como las cosas en la casa. Pueden hacer más cosas para ayudarla a una y que sea más compartido o más balanceado.

Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión?

Bueno, en primer lugar yo soy súper creyente de que por ejemplo, cuando tú tienes una relación, lo ideal es que en algún momento lleguen a un punto en el que hablan de si quieren tener hijos o no. Porque yo por ejemplo, si yo tengo una pareja y él no quiere ser papá, yo no lo puedo obligar a ser papá en un futuro porque al final va a ser súper frustrante. Es una decisión súper personal y que obviamente después igual pasa a ser una decisión de pareja.

¿Existen prejuicios sobre las mujeres que deciden no ser madres en el ámbito clínico? Como por ejemplo a enfermedades asociadas.

Bueno, yo por lo menos hasta el curso en que voy no he visto eso, siento que al contrario. Hay muchas mujeres con muchas patologías que deciden ser madres.

¿Cree que se atormenta a las mujeres con estos diagnósticos en caso de que no quieran ser madres? Como una forma de presionarlas para que sean madres pronto

Eso si lo he escuchado, pero no sé. El tema de la maternidad va mucho más allá, es un tema muy amplio. Y por ejemplo, sí reduce un poco las probabilidades el cáncer de mamá, de adquirirlo, pero no siento que eso pese más que el hecho de obligar a alguien a criar.

¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente?

Ese tipo de pensamiento va como más relacionado a como lo que uno cree. Mira, por ejemplo, la gente que es como apegada de Dios y habla mucho del tema de “nosotras venimos aquí a procrear, cómo no vas a tener hijos, si tú eres mujer” y eso, yo creo que las personas cuando hablan más desde su religión, a veces pasan a llevar a las mujeres.

¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura?

En mi generación son cinco hombres y somos 120 en total, entonces es harta la diferencia. Yo creo que igual eso hace sentir a los hombres como el pudor de entrar a la carrera, igual los desanima bastante

Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva? Quizás no solo visto desde el ámbito de los pacientes, sino también visto desde la perspectiva de ustedes como profesionales. ¿Existe alguna desigualdad en temas de género?

Bueno, siempre he escuchado que con los médicos más antiguos es más común que pasen a llevar a los matronas y en general a la mujer. Otra situación en temas de género es que normalmente cuando hablamos, por ejemplo, de anticonceptivos, la única que llega es la mujer, cuando se piden exámenes, la primera en llegar es una mujer y así en general. Cuando hablamos de salud, las mujeres son las primeras que llegan antes que los hombres, son más preocupadas. Como que la mujer tiene toda la responsabilidad del tema del anticoncepción, se lleva todo el peso y yo creo que eso es lo que más se ve en nuestra carrera porque es raro ver a una mujer que no está embarazada llegar a ver un control anticoncepcional acompañada.

¿Considera importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica? Libre de estigmas, respetuosa con las decisiones de cada paciente, sin discriminación

Yo sí creo que es importante, o sea, si es importante no pasar a llevar al usuario, es importante hacerlas sentir cómodas y ojalá tenerla en un ambiente de confianza para que el diagnóstico pueda ser más acertado, para que la anamnesis y todo lo que incluye la consulta puede ser más fluida.

¿Por qué decidió estudiar Obstetricia?

Porque siempre me han gustado el embarazo, también me gusta la terapia sexual de las parejas, eso de la sexología.

¿Por qué en la Universidad San Sebastián?

Sí, era mi primera y mi única opción. De hecho hice un bachillerato para poder entrar a la carrera porque yo sentía que el puntaje era muy imposible para mí entonces ahí hice el traspaso. Nunca fue opción entrar a otra universidad. Era mi única opción por el tema de que las mallas se actualizan casi todos los años y encuentro que es súper importante, tienen electivos súper atractivos como yoga y reiki. Además, por los campos clínicos, en su momento tenía buenos campos pero ahora se han perdido por el mismo tema de la pandemia.

¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educaciones, entregados por la universidad en la que estudia?

Si, son importantes. Pero también es importante lo que hacemos con lo que nos entrega la universidad. Por ejemplo, nosotros tenemos atención matronil todo el año, pero la matrona no puede andar con sus dildos por todos lados. Tenemos prohibidos mostrarlos, también tenemos prohibido dejar cosas expuestas como que ofrecemos atención de pacientes o de métodos anticonceptivos. Esas cosas tiene que difundirse por Instagram o avisarle verbalmente a amigas. Por ejemplo, cuando hice mi rotación la matrona nos contó que una vez unas chicas habían pegado stickers en la universidad promocionando que entregaba métodos anticonceptivos, que hacían test rápidos de VIH y todo eso y dijeron que le había mandado tremendo correo retándola y diciéndole que ella misma tenía que ir a despegar todos los artículos.

Bueno aparte de que es una universidad privada religiosa, igual depende mucho de quién esté a cargo, los jefes de carrera y todo eso. Por ejemplo, nosotros nos guiamos por la Facultad de Medicina y bueno la matrona dijo que él era como súper conservador. Así que todo depende de quién está a cargo.

¿Qué opina de los valores que imparte su universidad?

Yo creo que en cuanto a los valores, como tal, los que expresan en su eslogan y todo eso, no tengo nada que decir porque habla siempre del buen trato, del respeto y de la mejor atención. Lo negativo es obviamente lo que te conté, que no dejan hacer mucha visibilización a la salud sexual como tal. El resto está súper porque pese a ser como una universidad tan católica, nosotros igual tenemos ramos de sexología.

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa su universidad el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

Bueno, yo creo que igual depende del profesor que esté dando la clase pero no, no se le da mayor importancia. Por ejemplo la columna de nuestra carrera, son tres ramos, Neonatología, Obstetricia y Ginecología en las primeras dos, sí o sí hablamos de embarazadas y el otro

hablamos de bebés y la otra ya hablaríamos de como la salud sexual de una mujer en nada reproductivo, pero sin embargo igual se enfocan todos los ramos hacia como la maternidad

¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?

Creo que no corresponde, uno tiene que informar en base a la ciencia y no en opiniones propias. Los pacientes pueden decidir libremente, porque yo le puedo dar todos los beneficios, los pro y los contras, pero al final el que elige es el paciente.

¿Considera que desde su universidad entregan herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización?

Sí, yo considero que sí.

Dentro de la malla curricular de su carrera, ¿existe algún momento en el que impartan enseñanzas sobre una atención diferenciada hacia quienes desean no ser madres? O quizás no diferenciada pero integral y respetuosa

O sea no tanto la verdad, porque como te dije, solamente lo pasan como “ser madre es una ventaja para tener menos prevalencia de adquirir tal cosa” porque así se habla, pero no, no siento que se le de tanto énfasis

¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?

Bueno, yo creo que lo primero es preguntarle al paciente cómo le gusta que le digan. El otro día vi en las plantillas de la atención de la universidad que podíamos preguntarle si se siente él o ella y ahí en base a eso empezar una buena anamnesis, luego entregarle toda la información respecto a su consulta y finalmente que el usuario elija lo que quiere. Al final siempre es decisión del paciente porque bueno, debería ser así, creo.

En relación al aborto, desde su perspectiva, ¿qué le parece esta decisión?

Yo opino que si alguien no se siente preparado para ser madre o no quiere ser madre o pasa por X situación y no lo quiere estar, está bien. Aparte creo que es una decisión muy personal, muy propia y que abarca muchos ámbitos. Creo que igual es una situación súper difícil, la gente se lo toma tan a la ligera pero es una decisión súper compleja. Por lo menos yo lo he pensado en mí y yo digo no, yo no lo haría, pero no lo haría porque siento que a mí me complicaría mucho un tema psicológico, por ejemplo, yo siento que cuando uno pasa por un aborto, ya sea provocado o no provocado, creo que necesita un equipo multidisciplinario que esté atrás apoyándola.

Desde la perspectiva o enseñanzas de su universidad, ¿cómo abordan esta decisión?

¿Lo conversan dentro de algún ramo o no se le da tanta importancia? ¿Les dicen el trato que deberían tener con personas que hayan abortado?

Creo que hasta el momento nunca lo hemos visto, recién ahora vamos a pasar aborto, pero creo que por el momento no lo hablan.

En caso de haber realizado alguna práctica o internado, ¿ha visto situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes? O quizás en el análisis de casos, ¿sus profesores han planteado cómo se deberían abordar situaciones de una manera más integral y respetuosa con la paciente?

Yo por lo menos en la semana que estuve aquí en la U lo que más vi eran papás que vulneraban los derechos sexuales. Por ejemplo, llegó una chica con un examen, tenía algo en sus ovarios. El tema es que el médico le recetó anticonceptivos pero sus papás no la dejaban y ella no sabía cómo decirle a los papás que tenía que tomar anticonceptivos, entonces como que poco menos ella se tomaba sus exámenes escondidas de los papás. Otra situación fue

que por Instagram me habló una chica y bueno era la media historia pero en resumen el pololo la había engañado y habían terminado. El tema es que como hubo terceras personas, ella obviamente estaba muy asustada de haberse contagiado algo y me decía que andaba con molestias pero que no podía ir a la matrona por el mismo tema de los papás. Entonces, ella se quería hacer los exámenes pero los tenía que costear por su propia cuenta. Así que más que vulneración desde los profesionales, he visto vulneraciones de parte de los papás de las pacientes.

Alumno 12, cuarto año, Universidad San Sebastián

¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social?

Sí, porque hay muchos factores que influyen en el que una pareja tenga hijos. O sea, cuando se casan siempre está el comentario de "¿para cuándo el hijo? y no es natural que otras personas influyan en la decisión de una pareja. Diferente sería que la pareja tuviera hijos cuando ellos quisieran y no por un constructo social.

"La mujer está destinada a ser madre". ¿Qué opina de esta afirmación?

¿Destinada? no. No es el destino de la mujer ser madre. Bueno, es verdad que ellas tienen el instinto maternal y ese instinto de querer reproducirse pero que sea el destino de una persona el querer reproducirse no me parece que sea así.

Desde su perspectiva, ¿qué características debería tener una buena mamá y un buen padre?

Una buena mamá debe tener claro porqué tuvo a su hijo, tener un plan de vida, que sepa con qué finalidad trajo a su hijo al mundo. Un buen padre lo mismo, que sepa que está criando a una futura generación y que tiene que hacer algo bueno en el mundo.

En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza?

Es muy bueno, ya que se hace partícipe a las dos partes sobre cómo va el desarrollo de su hijo y eso los vuelve mucho más integral, en el caso que lo criaría uno de los dos.

Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión?

Está súper bien porque todos tenemos el derecho a tener un plan de vida y el derecho de querer o no traer a alguien más al mundo.

¿Existen prejuicios sobre las mujeres que deciden no ser madres en el ámbito clínico?

Desde el ámbito clínico y las enfermedades que se le pueden asociar es un prejuicio porque no hay ningún fundamento científico de que una mujer que no tiene hijos sea más propensa a ciertas enfermedades. Pero la sociedad en sí tienen súper estigmatizadas a las mujeres que no tienen hijos y por lo que tengo entendido no hay ninguna patología asociada al no tener hijos.

¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente?

Tiene mucha relación con lo que comentamos anteriormente de asociar ciertas patologías a las mujeres que deciden no ser madres y eso finalmente genera un gran nivel de desinformación cíclica. Finalmente, no se descubre el sustento científico para justificar estas supuestas patologías y solo quedan en ideas de que por no ser madres tienes mayor riesgo de cáncer de ovario o que se les hinchan las mamas por no haber tenido el hijo que debía tener y eso es completamente falso. Gracias a Dios yo estudio esta carrera y tengo entendido

que no es malo el no tener hijos y que quien decida tener ese plan de vida debiese tener el mismo respeto de quien decide tenerlo.

¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura?

Sí, existen varios

En relación a lo anterior, ¿cuáles son los estereotipos que más se repiten en su ámbito clínico?

Bueno los que más he escuchado es que no nos alcanza para medicina y que es una carrera solo para mujeres. Hay un estigma súper feo que se les da a los hombres matrones y es que como somos hombres queremos ver genitales femeninos. Está súper mal que se vea así porque daña la figura del profesional hombre en el gremio y finalmente afecta a todo el gremio. Me preocupa el nivel de personas que creen eso. Siento que como gremio también debemos educar de que los obstetras no solo estudiamos eso, sino que otras áreas. Quizás por eso no hay tantos hombres, por los estereotipos que existen y creo que es súper importante que hombres estudien esta carrera porque así la información de las mujeres y su salud se comparte, te abre un poquito la mente y te saca de ese círculo típico de amigos y te hace darte cuenta que las mujeres no son pesadas porque quieren serlo, sino porque atraviesan un ciclo menstrual.

Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva? ¿Existe alguna desigualdad en temas de género?

Yo por mi parte no he sentido que esos estereotipos se hagan presente. Siento que tengo docentes súper capacitadas y que realmente se han portado un siete conmigo y que nunca me han hecho sentir aparte de la masa. Una anécdota es que yo fui presidente del centro de estudiantes y de toda la carrera y eso igual se debe a que los docentes han hecho un trabajo súper bueno en incluir a los 3 hombres que somos. Aunque igual hay que ser un poco relajado de sangre porque por ejemplo en clases, a veces dicen "¿cómo están chiquillas?" porque obvio son mayoría pero claro si un hombre entra a estudiar una carrera y no le gusta que le digan "chiquillas" va a sentirse pasado a llevar.

¿Considera importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica?

Es súper importante el hecho de que no existe estigma o discriminación a ninguna persona, ni siquiera por su sexo o género. Por ejemplo si viene un hombre que tiene vulva y hay que hacerle un examen físico, no podemos decirle "no usted es hombre, no podemos realizarle atención obstétrica", sino que a veces las cosas que parecen obvias, no son tan obvias y hay que ser igual con todas las personas, todos merecen tener el servicio que nosotros prestamos. Lamentablemente hay muchas profesionales de mi área que están siendo denunciadas (por el trato a personas trans) pero ni siquiera es culpa de ellas, sino que es desconocimiento por estudiar en otros tiempo y me da pena que sean denunciadas por las mismas colegas.

Todo lo que menciona, ¿nace desde la formación en la universidad o pensamientos propios?

Viene desde la universidad debido a que tenemos varios ramos relacionados al enfoque de género, sexualidad y todas las diversidades que vienen apareciendo y cómo se han ido transformado. Doy gracias de que mi universidad es súper actualizada con la malla.

¿Por qué decidió estudiar Obstetricia?

Porque quería estudiar algo de la salud, estaba entre enfermería y obstetricia. Me metí a obstetricia por descarte entre comillas pero el primer semestre me enamoré de la carrera.

¿Por qué en la Universidad San Sebastián?

Porque en la Universidad San Sebastián no hay paros. Yo tengo 20 y voy en cuarto año de mi carrera, entonces igual estoy saliendo joven. Justo entré a la universidad en 2020, después del estallido social entonces era más complejo por el tema la continuidad de estudios sin paralizaciones.

¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educaciones, entregados por la universidad en la que estudias?

Sí, son súper importantes.

¿Qué opina de los valores que imparte su universidad?

Estoy de acuerdo en todos los valores que tiene mi universidad. Ni siquiera lo relacionado a mi carrera, sino que con el ámbito católico. Nací en una familia bien católica y desde pequeño siempre fui a la iglesia, luego me alejé un poco pero me he quedado con lo bueno que he aprendido; el respeto, amar a todos como si fuera uno mismo, el ser bondadoso, generoso y bueno la universidad viene de un litigio apostólicos católico entonces los valores son; el trabajo bien hecho, el ser responsable con los demás, hacer las cosas por buena voluntad. Esos valores son importantes, es más yo creo que mis compañeras deberían adoptar un poco esos valores.

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

A lo mejor sería bueno enfocarse más en esa área porque yo creo que es muy común en estos últimos años y creo que es una visión súper válida y si una persona decide no tener hijos, quizás sería hasta lo más apropiado para estos tiempos, en especial cuando no tienen las condiciones económicas para hacerlo en la adolescencia. Ser madre adolescente es uno de los grandes factores de pobreza en la población y nosotros que estamos enfocados en la maternidad, es nuestro principal trabajo cuidar eso. Entonces se habla seguido pero siento que aún así se debería profundizar más.

¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?

Eso está mal pero inconscientemente uno siempre va a querer imponer sus valores frente a otras personas. Por más que uno crea que son buenos valores, como los que te decía de ser bueno, hacer el trabajo bien, traer hijos con redes de apoyo económicas y emocional uno sabe que son los correctos pero si le dices a alguien en situación de pobreza "oye no tienes que robar, no tienes que delinquir o hacerle daño a las demás personas" está poniendo sus valores por sobre la otra persona y al final está mal. Es importante que como comunidad tengamos ciertos criterios morales.

¿Considera que desde su universidad entregan herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización?

Sí, nos enseñan. De hecho justo ayer conversamos de un caso clínico sobre una mujer que quería hacerse una histerectomía (sacarse el útero) a los 25 años. Entonces en este caso antes de hacer cualquier procedimiento clínico, debemos educar a la usuaria, sobre qué es el procedimiento, los riesgos y sus beneficios y que si ella a pesar de todo quiere realizarse el procedimiento, nosotros tenemos que estar dispuestos a su decisión.

Dentro de la malla curricular de su carrera, ¿existe algún momento en el que impartan enseñanzas sobre una atención diferenciada hacia quienes desean no ser madres? O quizás no diferenciada pero integral y respetuosa

Sí, por supuesto es como lo que mencioné anteriormente

¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?

Debiese ser enfocado en la salud de la persona, en su salud psicológica y las redes de apoyo, saber con quién vive, que desayuna, quien prepara el almuerzo en su casa, entre otras cosas, porque todo eso nos da un indicio de su vida para saber por qué se comporta de tal manera.

En relación al aborto, desde su perspectiva, ¿qué le parece esta decisión?

Yo creo que es decisión de cada persona y creo que debiese ser algo permitido pero no creo que la sociedad esté muy preparada para recibirlo abiertamente. Entonces yo creo que por ejemplo, una mujer que quiere realizarse un aborto, debiese ser educada sobre qué significa para su salud.

Desde la perspectiva o enseñanzas de su universidad, ¿cómo abordan esta decisión? ¿Lo conversan dentro de algún ramo o no se le da tanta importancia? ¿Les dicen el trato que deberían tener con personas que hayan abortado?

No, la verdad es que no se abarca el tema del aborto. Más que nada se conversa sobre los abortos espontáneos y patológicos, pero lo que son por decisión de cada mujer no se aborda. En el caso de los abortos espontáneos nos dicen que debemos contactar a sus redes de contención, conocer al progenitor, a la familia de la mujer para así hacer una atención integral y las posteriores derivaciones psicológicas.

En caso de haber realizado alguna práctica o internado, ¿ha visto situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes? O quizás en el análisis de casos, ¿sus profesores han planteado cómo se deberían abordar situaciones de una manera más integral y respetuosa con la paciente?

Desde mi experiencia no he presenciado ninguno pero me han contado de ciertos casos. Lo más correcto que uno debería hacer en estos casos es denunciarlo.

En relación al tiempo que lleva en la carrera, ¿le gustaría cambiar, abordar o integrar algo?

La investigación es importante desarrollarla, sin investigación las carreras no pueden seguir sacando nuevos profesionales.

Alumna 13, quinto año, Universidad San Sebastián**¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social?**

Sí. De hecho las profesoras más antiguas de la carrera, dan por hecho que todas las mujeres quieren ser mamás y es lo que corresponde. Así que yo creo que aún se sigue viendo como un constructor social.

“La mujer está destinada a ser madre”. ¿Qué opina de esta afirmación?

No estoy de acuerdo, yo creo que la maternidad se tiene que desear. No es como que una esté destinada o no a ser mamá, sino que debería ser una decisión, no un destino para cada una de nosotras.

Desde su perspectiva, ¿qué características debería tener una buena mamá y un buen padre?

Primero querer serlo, yo creo que todas podemos ser buenas madres si lo queremos. Hay mamás que son más cariñosas, más duras (eso va en la forma de ser de cada mujer), pero yo creo que depende del momento en el que está. Porque por ejemplo yo ahora tengo 23 años y quiero ser mamá pero siento que si soy mamá en este momento, no sería tan buena como

quizás sí lo sería en cinco años más. Entonces depende del momento de vida en el que estés y tener ganas de serlo.

A un buen padre lo caracterizaría de la misma manera; que desee ser papá y que esté presente. Porque veo mucho más de que la mamá es la que está siempre y el papá puede hacer vista gorda. Por ejemplo, en el Cesfam iban muchas madres al control prenatal solas y uno como profesional tiene que preguntar por el papá -por el tema de los antecedentes y todas esas cosas- y habían muchas mujeres que decían "no es que cortamos relación" "cuando supo que estaba embarazada me dejó". Entonces finalmente yo creo que se le piden menos requisitos al papá para ser uno bueno, en comparación a lo que se les exige a las madres. La guagua es de ambos, por supuesto la madre tiene un rol más importante, no porque sea mujer, sino por el tema de la lactancia. Pero en relación al apego, el cambio de paños y todas esas cosas debería ser trabajo de ambos. A los papás con hacer poco ya los glorifican.

En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza?

Eso debería ser siempre porque la guagua es de los dos y si bien no porque tengan un hijo deba seguir la relación amorosa pero siempre estarán unidos por ese hijo o hija y deben mantener una buena relación.

Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión?

Está súper bien, es decisión de ellas. No encuentro que esté ni mal ni bien el querer o no querer y está súper mal que aún tenga profesoras y compañeras incluso que dan por hecho que todas las mujeres quieren ser madres. Por ejemplo, cuando debemos comunicarle a la paciente que está embarazada lo primero que se acostumbra a hacer es felicitarla y no debería ser así porque realmente no se sabe si la otra mujer no lo estaba buscando o definitivamente no quiere ser madre y fue un accidente.

O lo otro típico es que cuando se casan, al tiro preguntan cuando vienen los hijos y realmente no se tiene conocimiento si ellos quieren serlo o quizás no pueden por temas de fertilidad. Tengo una prima que tiene 40 años y lleva como 15 años casada y siempre le preguntan por los hijos, lo que no saben es que ella lleva tres fertilizaciones in vitro que no han funcionado y varios abortos espontáneos, entonces es un tema súper doloroso que al tiro se le relacione a la mujer con la maternidad.

¿Existen prejuicios sobre las mujeres que deciden no ser madres en el ámbito clínico?

Sí, hay hartos prejuicios. Lo que más he escuchado es que no quieren ser mamás porque no saben, porque ahora están más libres o empoderadas y por eso no quiero serlo

¿Se les asocia a alguna enfermedad o mayor riesgo de padecer ciertas patologías?

Hay ciertas patologías que la nuliparidad (no haber tenido partos) son factores de riesgos pero hay muchos más factores de riesgos en la multiparidad (haber tenido muchos partos), entonces al final es como con los anticonceptivos; son factores de riesgo para cáncer de mamá y cáncer cérvicouterino pero son métodos para no embarazarse. Entonces que le digan a la paciente "embarázate porque si no tienes más riesgo de padecer tales cosas" no es una excusa para tenerlo.

¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente?

Los prejuicios son súper feos en todo sentido. Una vez cuando estaba en el Cesfam y le tuve que comunicar a la paciente (19 años) que estaba embarazada yo esperé su reacción para saber si lo estaba buscando o no. Siento que uno como profesional no debe suponer nada, sino que entregar la noticia sin expresión facial o algo así. Los prejuicios juegan una mala

pasada porque al final debemos darle una atención integral a todos y hacer sentir bien a la usuaria sobre todo en un control con matrona, que es un momento súper íntimo. Los prejuicios y estereotipos que puedan surgir desde nosotros no sirven de nada al momento de atender. Una amiga me contó que la matrona cuando le preguntó si tenía hijos (ella tenía aproximadamente 40 años) ella respondió que no y la matrona le preguntó si era lesbiana y que por eso no tenía hijos. Cuando realmente ella tenía pareja heterosexual y nunca quiso tener hijos.

¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura? ¿cuáles son los estereotipos que más se repiten en su ámbito clínico?

Sí es verdad. Muchas veces cuando digo que tengo compañeros me quedan mirando súper raro y piensan que todos son gays y por eso estudian obstetricia. También he escuchado cosas relacionadas con la salud, por ejemplo, que todas las matronas están a favor del aborto. Yo si lo soy pero tengo compañeras que son pro-vida y objetoras de consciencia, por ende ellas nunca realizarían un aborto y por supuesto están en todo su derecho de opinar así. Otro estereotipo relacionado al ámbito clínico es que piensan que todas las matronas preferimos los partos vaginales a los partos por cesárea, entonces nos tildan como muy revolucionarias.

En relación a lo que me comentabas antes, sobre tus compañeros hombres, ¿siente que existe un trato distinto hacia ellos?

Sí, lo veo desde dos ámbitos. A los profesores siempre se les olvida que hay hombres entonces siempre dicen "buenos días compañeras" y se les olvida que hay hombres en clases. También, hay usuarias que no se sienten cómodas con ellos presentes en la atención, a ellos les ha tocado muchas veces que entran al box y la paciente pide que salgan porque le van a ver sus partes íntimas. Creo que es injusto que por vergüenza les hagan eso, aunque siempre está el pensamiento que los hombres saben más que las mujeres, solo que por vergüenza no se dejan atender.

En las exigencias en el ámbito universitario, ¿se les exige más a ustedes que a ellos?

Sí, yo creo que hay cosas que las profesoras dan por hecho que sabemos porque somos mujeres y ellos no. Quizás así como exigencias no se nota mucho pero en relación a los conocimientos sí, dicen "ustedes ya lo deben saber (por nosotras) y ustedes tienen que estudiarlo (hombres)".

Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva? ¿Existe alguna desigualdad en temas de género?

Impactan de una mala manera. Porque el mayor porcentaje de las matronas son mujeres, entonces se juega mucho con eso del juego de poder que existe entre mis compañeros hombres o con ginecólogos. Por ejemplo, en un Cesfam nosotras somos más libres porque tenemos nuestro box, no dependemos de nadie, nosotras derivamos a las pacientes y somos autónomas. En cambio, en un hospital es jerárquico y debemos responderle al ginecólogo. De hecho mis profesoras nos han dicho que los doctores nos llaman (para comunicarle a la paciente que su hijo murió) y nos dejan con toda la responsabilidad de darle la noticia y explicarle. De alguna u otra forma, somos la contención emocional y siempre hay varios prejuicios en torno al género. Muchas veces he escuchado que las mujeres debemos ganar menos porque nos embarazamos y tenemos mucho tiempo libre.

¿Considera importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica?

Sí, mucho. Estamos en el año 2023 y puede parecer chiste pero todavía hay matronas (de mujeres a mujeres) que realizan violencia obstétrica. Al igual que hay ginecólogos que tratan

muy mal a las jóvenes por ser madres a tan temprana edad, las discriminan caleta y eso es súper triste. Porque por ejemplo, en el mismo momento del parto que se supone que es un momento para recordar y disfrutarlo, termina siendo muy triste debido a los casos de violencia obstétrica.

¿Por qué decidió estudiar Obstetricia?

Porque me gustaban las guaguas. Cuando estaba en el colegio me gustaban mucho las guaguas y yo quería trabajar en eso así que por eso quise serlo. Pero ahora estudiando, lo que menos quiero es trabajar en la neonatología porque es triste, se ven a guagüitas enfermas y quizás tenemos que hacer procedimientos que uno sabe que será dolorosos para ellos, entonces por eso ya no me gusta. Ahora me interesa la atención primaria en el Cesfam.

¿Por qué en la Universidad San Sebastián?

Honestamente nunca me gustó la Universidad de Concepción porque siempre escuché que no se actualizaba. Que era bien retrógrada con los conocimientos pero tiene muy buenos campos clínicos. En cambio, la Universidad San Sebastián -a pesar de que no me gusta porque es puro lucro-, es súper buena en relación a los conocimientos que entrega. Nos enseñan sobre parto respetado, no juzgar, no tener prejuicios con las pacientes y yo creo que es porque tenemos varias profesoras jóvenes. Usualmente los comentarios acerca de las mujeres que no desean ser madres (visto de una mala manera) viene desde las profesoras más antiguas, que fueron formadas de otra manera y en otros tiempos, entonces tampoco las juzgo tanto.

¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educaciones, entregados por la universidad en la que estudia?

Sí, súper importantes. Tuve muchos ramos centrados solo en cómo se deben tratar a los pacientes. De hecho he visto en prácticas que niñas de otras universidades no tienen ese feeling con las usuarias, cómo hablarles o qué gestos tener. Lo agradezco hartito. Tengo ramos que lo hacen psicólogas, psicopedagogos, entre otros y nos enseñan caleta. Es importante la formación.

En relación a los valores de la universidad, que están basados en el humanismo cristiano. ¿Qué opina de esto? ¿Es algo que intentan imponer durante las clases?

No, la verdad es que no intentan imponerlo. Nosotros tenemos los primeros cuatro años tenemos cursos de formación integral que son aparte de la malla y ahí se ve el tema moral y la ética. Tuve algunos donde se veía más reflejado el humanismo cristiano pero la mayoría de las profesoras son abiertas de mente, se alejan de sus creencias y nos dan libertad de pensar y de expresarnos.

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa su universidad el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

La verdad es que no es un tema que se aborde mucho. Lo que nos dicen siempre es que no demos por hecho ciertas cosas con las pacientes, ni la sexualidad, ni las ganas de ser madres. Eso es lo que más nos dicen relacionado a tu pregunta.

¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?

No corresponde. Por ejemplo, yo estoy a favor del aborto pero puede que llegue una paciente violada, embarazada y que puede abortar bajo la ley de las tres causales. Pasa mucho de que por más que yo quiera decirle "hazlo, te vas a arrepentir", no va en mí, sino que en la decisión de la paciente. En todas las carreras de la salud debemos saber apartarnos de lo que creemos que es bueno o malo, nuestras creencias o valores. El mismo caso que mis compañeras que

son muy apagadas a la fe cristiana ellas no pueden juzgar a otra mujer por querer abortar, si es que ellas no están de acuerdo. Asimismo, tengo compañeras que les cuesta mucho el tema de las personas transexuales, nos ha tocado atender a adolescentes que están en proceso de transición y les cuesta mucho atenderlos. Yo sé que debo tratar al paciente de la manera en que se siente más cómodo.

En relación a ese mismo tema, ¿desde la universidad le entregan las herramientas sobre cómo atender estos casos de personas transexuales, bisexuales o disidencias?

Sí. Tuvimos un ramo de sexología y consejería y salud sexual y ahí se ve mucho esa información. Cómo debemos hablarles y lo que más recalcan es que debemos atender a la persona con el pronombre con el que se sienta cómodo o cómoda.

¿Considera que desde su universidad entregan herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización?

Sí, se nos ha enseñado que siempre debemos ofrecerlos en caso de que la mujer lo esté buscando pero en Chile es súper complicado. Te piden muchos requisitos y los que más tienen prejuicios con eso son los ginecólogos, hay que ser bien sinceras con eso. Me pasó en Cesfam que llegó una mujer que tenía 28 y ya tenía un hijo, venía a su control y le dijo a la matrona a cargo que se quería sacar el implanon porque se quería operar, pues no quería tener más hijos. Ahí fue cuando la matrona le dijo "por mi yo te mandaría al tiro a operarte pero tienes que saber que al hacer la interconsulta pero lo más probable es que no lo hagan porque el ginecólogo va a decir que eres muy joven o que tienes muy pocos hijos y te arrepentirás".

Dentro de la malla curricular de tu carrera, ¿existe algún momento en el que impartan enseñanzas sobre una atención diferenciada hacia quienes desean no ser madres? O quizás no diferenciada pero integral y respetuosa

No está dentro de la malla curricular, creo que va más en cada profesor. Yo tuve la suerte de que el ramo de consejería me lo hizo una profesora joven, entonces nos habló del cuidado que se debe tener al hablarles, no asumir que quieren ser madres. Así que ahora cada vez que atiendo siempre pregunto antes, no doy por hecho nada.

¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?

Cero prejuicios y explicarle a la usuaria/o que es un ambiente de confianza, que nada de lo que me diga hará que la juzgue. Yo creo que debe centrarse en eso, en la confianza porque no siempre van por el tema de embarazo, sino también por infecciones de transmisión sexual y si no le doy la confianza de contarme no sabré nunca cómo ocurrió. Confidencialidad de la atención, confianza con la matrona y el respeto.

En relación al aborto, desde su perspectiva, ¿qué le parece esta decisión?

Estoy a favor del aborto, es la decisión de cada mujer. A parte de la ley de las tres causales - que es un gran logro en el país- debería ser libre. La discusión podría estar en hasta cuantas semanas se puede realizar pero debería ser libre. Pues ningún método anticonceptivo es 100% efectivo, yo por ejemplo me cuido pero quedar embarazada en estos momentos sería lo peor que me podría pasar.

Desde la perspectiva o enseñanzas de su universidad, ¿cómo abordan esta decisión?

¿Lo conversan dentro de algún ramo o no se le da tanta importancia? ¿Les dicen el trato que deberían tener con personas que hayan abortado?

Se habla pero porque nosotras mismas lo planteamos y las profesoras nos dan su punto de vista. En el ramo que tuvimos de ética nuestro profesor era bien cristiano y dijo que el aborto estaba mal y por sobre todo era ilegal, que si en un futuro era legal no cambiaría lo malo de hacerlo.

En caso de haber realizado alguna práctica o internado, ¿ha visto situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes?

No me ha tocado presenciarlo, menos mal.

Durante el análisis de casos, ¿sus profesores han planteado cómo se deberían abordar situaciones de una manera más integral y respetuosa con la paciente?

En ética y en consejería veíamos harto eso. Cómo actuar si es que una colega está vulnerando ciertos derechos. De hecho supe que una vez en la Universidad Andrés Bello, fue una paciente a atenderse en busca de anticonceptivos y solo estaba la matrona en interna que decidió no darle. A los 2 meses la niña volvió embarazada y comentó que la matrona interna le había dicho que era del demonio tomar anticonceptivos, que se iba a ir al infierno si es que lo hacía. Claramente eso fue una vulneración de derechos sexuales y reproductivos, debido a los prejuicios de la interna.

En relación al tiempo que lleva en la carrera, ¿le gustaría cambiar, abordar o integrar algo?

Sí, lo del aborto. En relación a qué debemos hacer cuando una mujer quiere abortar pero por ley no puede. Cómo podemos calmarla, porque yo me pongo en esa situación y no sé qué le podría decir para ayudarla. Me gustaría decirle "hazlo sin que te pillen" pero es éticamente incorrecto.

Alumna 14, quinto año, Universidad San Sebastián

¿Cree que la maternidad está instaurada como un constructo social?

Sí, por supuesto. Va arraigada en lo que es el género femenino, lo que es ser mujer, la definición de ser mujer. En la universidad se ve que nos preparan en casi todos los ramos que hay mujeres que deciden ser mamás y eso es lo normal cachai. Esa es la normativa: las mujeres estamos para gestar.

“La mujer está destinada a ser madre”. ¿Qué opina de esta afirmación?

Que es sexista. Básicamente se nos reduce a solo una parte de toda la integridad que somos como mujeres. Por ejemplo, en el caso que una mujer sea infértil y por ende no puede tener hijos, ¿no puede ser mujer entonces?. Me parece una afirmación reduccionista y sexista.

Desde su perspectiva, ¿qué características debería tener una buena mamá y un buen padre?

Una buena mamá debe ser arraigada a lo natural, al instinto, cubrir las necesidades básicas, dar amor, que sea respetuosa, tanto con su vivencia de ser madre y también para su hijo o hija. Que sea lo más natural posible, esa es una buena mamá. Mas allá de una mamá que trabaje, que consienta a sus hijos. Tiene que ser natural, recordar que somos mamíferas. Un buen papá es el que está presente. Igual es difícil, pero un buen papá es el que está presente, escucha, el que entrega protección, el que provee. Ahí ya estoy cayendo en el sexismo pero finalmente, un buen papá es el que está presente.

En relación a los métodos de crianza, ¿qué opina de la co-crianza?

Encuentro que está bien, son dos polaridades que son necesarias en la vida de las infancias. Que esté la figura de la mujer, conocer vivencias de mujer, conocer vivencias de hombres pero no es un bien que sea totalmente necesario. O sea pueden existir casos en el que no exista una figura paterna o materna presente pero una persona puede hacer el rol de ambos. Sería

genial que se de este método de crianza por lo que te decía anteriormente pero una sola persona también puede hacerlo.

Respecto a las mujeres que deciden no ser madres, ¿qué piensa de esta decisión?

Es una valentía. Sobre todo en estos tiempos catastróficos o apocalípticos donde no sabemos si en veinte años más va haber agua potable por ejemplo. Es una decisión ecológica. Psicológicamente amable con una misma, si es que no se está preparada para ser madre cachai. Encuentro que es la raja, porque finalmente es una gran responsabilidad tener hijos y no tenerlos es ahorrarse muchos malos ratos.

¿Existen prejuicios sobre las mujeres que deciden no ser madres en el ámbito clínico? Como por ejemplo a enfermedades asociadas.

Sí, por ejemplo se nos enseña que en las nulíparas o mujeres que nunca han tenido hijos (como las monjas) hay ciertas enfermedades asociadas. Que el embarazo sería un factor protector porque pone en pausa los ciclos menstruales y eso sería un factor protector. Se nos enseña que poco menos que las monjas se van enfermar por no tener hijos. Pero más allá de eso de nos inculcan en ramos de anticoncepción que la mujer que se cuida mucho en algún momento tiene que dejar los métodos anticonceptivos para que la mujer se embarace porque es lo natural. Es extraño que no se deje vivir a la mujer su anticoncepción o su sexualidad como ella lo desee.

¿Cree que se atormenta a las mujeres con estos diagnósticos en caso de que no quieran ser madres? Como una forma de presionarlas para que sean madres pronto.

No creo que se nos atormente. La mujer puede sacar sus conclusiones sola y puede comparar, ver el ejemplo de la amiga que siempre dice "no es que yo no voy a ser mamá" y decir pucha hay riesgos asociados con la no maternidad pero también los hay con la maternidad, entonces al final no se los inculca, pero se nos da las herramientas para hacer la introspección nosotras.

¿Qué repercusiones podrían tener los estereotipos acerca de la no maternidad al momento de atender a una paciente?

Sí, siempre se les relaciona con inmadurez. Sobre todo a edades más tempranas (18-25 años) cuando hay mujeres que quieren realizarse una ligadura de trompas y se nos enseña que no debería hacerse porque está el posible deseo de tener hijos en un futuro. Es extraño eso, porque si una mujer tiene la decisión tan bien tomada, nosotras como operadoras clínicas no deberíamos negarle la decisión. Relacionar al tiro la no maternidad, con el deseo de paridad futura o con inmadurez me choca mucho. Por ejemplo, yo quiero ser mamá, adoptar o tener hijos propios. Pero si llegara en algún momento la decisión de optar por algún procedimiento para no serlo, me gustaría que fuera mi decisión y que me respetaran. Dejar de lado lo que quiere el profesional médico versus lo que quiere la usuaria, debemos hacer el equilibrio y dejar los prejuicios de lado.

¿Cree que existen estereotipos en torno a los estudiantes de Obstetricia y Puericultura?

Sí, hay un estereotipo de que somos muy metidas. En lo personal encuentro la raja que sea una carrera mayoritariamente de mujeres así que eso no me molesta. Porque vamos a ver mujeres en la mayoría, tenemos que compartir experiencias de mujeres entre nosotras. Quizás podría ser una carrera separatista. Pero en relación a los estereotipos de las matronas podríamos hablar de la violencia obstétrica que se dice que nosotras ejercemos, cuando en realidad la mayoría de la violencia obstétrica es ejercida por los obstetras, los hombres matrones en los hospitales.

Desde su perspectiva ¿cómo impactan los estereotipos de género en la salud sexual y reproductiva? Quizás no solo visto desde el ámbito de los pacientes, sino también visto

desde la perspectiva de ustedes como profesionales. ¿Existe alguna desigualdad en temas de género?

Sí, se ve cierta desigualdad. Por ejemplo se nos enseñó de que cuando coticemos en la Isapre se nos va a cobrar más por ser mujeres. Se nos juzga o se nos valora mucho más por el aspecto físico al conseguir trabajo, se nos dice mucho de la buena presentación, de que entramos por la mirada incluso hasta con las pacientes. Que tenemos que vernos lindas para las pacientes

¿Eso también se lo recalcan a sus compañeros hombres o solo hacia ustedes?

Es específicamente hacia las mujeres. A nosotras se nos agrega un peso que tiene que ver con los estereotipos de género versus lo que se le exige a los hombres.

¿Considera importante la perspectiva de género en la salud como una medida para prevenir la discriminación y la violencia obstétrica?

Considero que hay que dejar el sexismo y los roles de género de lado. Ver a la persona como un ser neutro al que estamos atendiendo pero también entender y empatizar en que estamos atendiendo a otra mujer. En lo personal no me gusta hablar mucho de género, porque para mí es algo que hay que abolir y la perspectiva de género para igualar encuentro que es innecesaria pero vista desde el mundo neoliberal en el que estamos sí sirve porque permite empatizar con las pacientes.

¿La perspectiva de género se lo mencionan dentro de la carrera?

Sí, las docentes más jóvenes llegan con esta pará' de que debemos ser más solidarias, más empáticas. En el caso de la docentes que son más viejas, directoras de carrera, no lo mencionan.

¿Por qué decidió estudiar Obstetricia?

Yo decidí estudiar obstetricia para las mujeres, yo soy mujer, encuentro que esta carrera es maravillosa. Mi mamá es matrona, entonces entiendo todo lo que hay detrás, el cuidado, el amor, la ciencia de cuidar a la mujer. Mi motor son las mujeres y su salud.

¿Por qué en la Universidad San Sebastián?

Porque ahí quedé. Podría decir que la malla es moderna en relación a la Universidad de Concepción, que en infraestructura es súper buena en comparación a otras universidades, pero más que nada fue porque el puntaje me alcanzó para la Universidad San Sebastián y además me dieron becas. Entonces tiene que ver con la accesibilidad económica también.

¿Considera un aspecto relevante los factores éticos/valóricos y educaciones, entregados por la universidad en la que estudias?

Yo encuentro que es puro chamullo no más. Puro marketing lo del valor sebastiano y el carisma sebastiano. Finalmente hay que ser objetivo y recibir las herramientas que se nos dan pero yo no me pongo la piocha por mi universidad y cuando salga no voy a vociferar que salí de esta universidad, hay un cierto rechazo.

Durante los años que llevas en la carrera, ¿ha notado que intentan imponer sus valores?

Sí por supuesto. En ramos al comienzo se nos repite mucho cuáles son los famosos valores sebastianos o el sello sebastiano. Que tiene que ver con bases cristianas, la valoración y el amor al prójimo

En relación a las visiones éticas y valóricas enseñadas en la carrera, ¿cómo evalúa su universidad el hecho de que existan mujeres que deciden optar por la no maternidad?

Bueno la universidad plantea sus valores y sus visiones pero como yo no estoy de acuerdo con ellos, opino lo mismo que te dije denante, me parece una decisión valiente.

¿Qué opina de imponer valores o pensamientos propios por sobre las pacientes, al momento de decidir sobre su salud sexual y reproductiva?

Encuentro que es innecesario y poco ético imponer por sobre el pensamiento de las usuarias; es como pensar que ellas no son capaces de razonar bajo sus propios valores y creencias, que están erradas. Menosprecia a la usuaria.

¿Considera que desde su universidad entregan herramientas para realizar una atención integral a mujeres que optan por procedimientos de esterilización o ligados a la no maternidad?

No, nunca se nos dijo que van a existir mujeres que no quieran ser mamás y cómo hay que tratarlas o no que los recuerde. Siempre es "ustedes van a ver mujeres que tienen deseos de parir y tiene que atenderlas como tal, ver a la mujer desde su capacidad de gestar" Entonces nunca se nos mencionó cómo tener una atención con ellas. De hecho una vez nos dijeron en clases que esas mujeres son solteras y se van a quedar así.

Dentro de la malla curricular de su carrera, ¿existe algún momento en el que impartan enseñanzas sobre una atención diferenciada hacia quienes desean no ser madres? O quizás no diferenciada pero integral y respetuosa

No que la universidad lo imparta, es más la información y criterio propio de cada estudiante.

¿Cómo definiría una atención de salud sexual y reproductiva integral?

Primero preguntaría qué es lo que entiende por sexualidad la persona, cuáles son sus deseos, cómo vive su sexualidad, cuáles son sus limitaciones para ayudarla. Si desea tener hijos y mencionarle las crianzas respetuosas, existe un trabajo de parto que puede ser humanizado, que puede ser acompañado desde lo espiritual también. Y a la mujer que no desee tener hijos, es acompañarla, darle mi respeto y felicitarla también en el sentido ecológico que te mencionaba anteriormente y conocer sus deseos en relación a la sexualidad.

En relación al aborto, desde su perspectiva, ¿qué le parece esta decisión?

Encuentro que el aborto ha existido, existe y existirá, es algo innato. En mi familia hay historias de aborto, yo alguna vez intenté abortar, se ve como si fuera algo malo. Me molesta el ámbito punitivo del aborto, porque se castiga a la mujer por hacerlo pero el embrión se hizo de dos personas entonces por qué castigar solo a la mujer.

Desde la perspectiva o enseñanzas de su universidad, ¿cómo abordan esta decisión?

¿Lo conversan dentro de algún ramo o no se le da tanta importancia? ¿Les dicen el trato que deberían tener con personas que hayan abortado?

Lo hemos abordado en clases en relación al aborto espontáneo enseñándonos en qué consiste. En cambio en situaciones de abortos provocados se nos enseña que nosotras debemos hacer la denuncia, se nos enseña cómo debe ser el acompañamiento. De hecho una vez realizando una práctica, llegó una adolescente a hacerse una ecografía y estaba con todos los síntomas de haberse realizado un aborto y la matrona que le hizo la ecografía pegó el grito en el cielo diciendo "ésta cabra chica abortó como si nada, cagá' de la risa" y la matrona que era mi docente encargada me dijo "pucha yo me hubiera quedado cayada" y de hecho esa matrona era muy pesada en clases pero me sorprendió lo que dijo.

En caso de haber realizado alguna práctica o internado, ¿ha visto situaciones donde se vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes?

Sí. Recuerdo muy bien que en esa misma práctica que te mencioné llegaron adolescentes a pedir condones y por cierta burocracia de farmacia no se los dieron. Porque no había una orden de receta que según ellos la matrona debía hacer. Entonces se les estaba vulnerando acceder a métodos anticonceptivos, métodos de barrera y fue fuerte, de hecho le dije a la niña de la ventanilla que se los estaban vulnerando pero no me tomó en cuenta. Fue choqueante, porque al ver su cara de desmotivación (de la paciente) me hizo pensar que no van a creer en el sistema público o en nosotras como una figura para el acceso a la salud, entonces fue triste.

En el análisis de casos, ¿sus profesores han planteado cómo se deberían abordar situaciones de una manera más integral y respetuosa con la paciente?

Sí, en sexología. Recuerdo a una docente que le gustaba mucho su área y ella nos entregó herramientas de cómo abordar. Quizás en mujeres que viven violencia, ella en esa instancia actuó como una mujer violentada y nosotras teníamos que ver cómo empatizábamos, cómo preguntar ciertas cosas. Así que ahí fue la única instancia donde conversamos de esos temas.

En relación al tiempo que lleva en la carrera, ¿le gustaría cambiar, abordar o integrar algo?

Falta conversar acerca de la perspectiva espiritual de cómo vive la mujer su sexualidad, más allá de la religión, la cosmovisión espiritual de la mujer.