

Demandas y necesidades de formación en salud sexual de las matronas en España.

GEMA DEL BLANCO UBIERGO y TERESA MARTÍNEZ ANDRÉS

1. JUSTIFICACIÓN

Las matronas trabajan con mujeres de toda edad, desde la infancia hasta la vejez, compartiendo un espacio de especial intimidad, lo que crea un ambiente de confianza que resulta especialmente propicio para abordar la educación en salud sexual. Aunque nuestra sociedad vive bajo la influencia de la moral judeo cristiana, en la que el concepto de sexualidad era indisociable a la reproducción y considerándola el fin del mismo, no debemos olvidar que el bienestar y placer sexual de las parejas es considerado una de las necesidades básicas de las personas y puede separarse del concepto de procrear. Sin embargo, como profesionales de la salud, las matronas están influenciadas por el modelo biomédico que ha gobernado muchos años su trabajo diario; conociendo la importancia de la salud de la mujer y de la comunidad pero siempre desde un punto de vista salud/enfermedad, curar antes que prevenir, o bien meramente centrado en la sexualidad desde el punto de vista reproductivo sin un enfoque afectivo o sexual. Por lo que, es necesario ampliar el enfoque y ver a las personas como un ser biopsicosocial, donde lo afectivo debe considerarse igual de importante que lo patológico o lo reproductivo.

Dentro de las competencias de la matrona están bien descritas la promoción y prevención en salud reproductiva y afectivo sexual, pero la sociedad sólo asocia a las matronas el rol de la salud reproductiva. Y en la práctica diaria de las enfermeras obstétrico-ginecológicas existe un vacío en la educación en sexualidad.

Las autoras de este trabajo, como matronas en ejercicio, hemos tenido ocasión de percibir que no se aborda suficientemente el tema, por ello queremos saber más, y profundizar en por qué las matronas españolas tienen lagunas en un tema que está presente en nuestras vidas y que es imposible ignorar.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual es un derecho humano y por tanto debe ser accesible a todas las personas, siendo libres y responsables de cómo vivir su

sexualidad, y de tomar sus propias decisiones. Es además un factor central en la salud y en el bienestar de las personas. Por este motivo se considera que está dentro de la esfera de la salud pública, y que los servicios sanitarios deberían garantizar calidad asistencial, ofreciendo información y asesoramiento sobre cualquier aspecto relacionado con la reproducción y con la sexualidad, y realizando una adecuada promoción de la misma, lo que implica proveer a las personas de las herramientas necesarias para tener una vida sexual activa y responsable en todas las etapas de la vida. Disponer de una educación e información sexual adecuadas mejora la calidad de vida de las personas.

La salud de las familias, y en especial la de las mujeres, refleja el tipo de sociedad en la que viven y el estatus social que tienen. En nuestro país, la atención y los cuidados que reciben la mujer y sus familias durante la maternidad y a lo largo de toda su vida destacan por ser de buena calidad.

Sin embargo, en los últimos años, los servicios sanitarios se han visto obligados a reestructurar la formación para cubrir las necesidades y demandas de la sociedad.

2. OBJETIVOS

Las autoras del presente estudio trabajan en la sanidad pública en España, como matronas, en diferentes áreas, (hospital, y centro de salud).

Tras varios años de experiencia sobre el terreno, y habiendo trabajado en diferentes centros y comunidades autónomas, hay una percepción común, que es la problemática en la que se centra este estudio: la falta de comunicación sobre temas relacionados con la salud afectivo sexual entre profesionales de la salud (matronas) y los usuarios del sistema sanitario.

Se propone este estudio para saber si es sólo una percepción subjetiva de las autoras, o si es cierto que esta carencia de educación en salud afectivo sexual es real y, que esta está extendida entre el resto de colegas.

Para ello se diseña una encuesta dirigida a exclusivamente a matronas y enfocada en la evaluación y aplicación de conocimientos en salud afectivo sexual.

Se plantean diferentes objetivos o hipótesis:

- Conocer la formación vigente en materia de salud afectivo sexual de las matronas.

- Saber que temas son los que más se trabaja con los usuarios, y cuáles los que menos.
- Conocer el porqué de esa falta de comunicación de salud afectivo sexual entre matrona y usuario.

Siendo el objetivo final conocer cómo se aborda la atención de la salud afectivo sexual por parte de las matronas para mejorar y garantizar una asistencia en salud afectivo sexual accesible y de calidad a toda la población independientemente de raza, sexo o condición social.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. DEFINICIÓN DE MATRONA

La matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios incluidos en dicha disciplina y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer la práctica de la partería.

La finalidad de las matronas es promover la salud de la mujer y de las familias, fomentando los autocuidados, la autonomía, y la responsabilidad sobre las conductas en cuanto a su salud se refiere.

La matrona tiene un papel fundamental en el asesoramiento y la educación para la salud no sólo para la mujer, sino también para las familias y para la comunidad. Este trabajo incluye la educación prenatal y preparación para la maternidad, salud sexual, reproductiva y la crianza de los niños.

El modelo de cuidados que presta la matrona se basa en el principio de que el embarazo y parto son procesos fisiológicos de la vida. Este modelo integra el control del bienestar físico, psicológico, espiritual y social de la mujer y su familia a lo largo de su vida

La misión de la matrona es proporcionar a la mujer una educación individualizada, aconsejarle y proporcionarle cuidados prenatales, asistencia durante el trabajo de parto y en el puerperio.

3.2. CONOCIMIENTOS FUNDAMENTALES DENTRO DE LA UNIÓN EUROPEA

Los conocimientos fundamentales que deben contener todos los programas de formación de matronas dentro del espacio común europeo, vienen recogidos en la Directiva 2005 /36/ CE del Parlamento y del Consejo

Europeo de 7 septiembre (19). Los conocimientos específicos relacionados con la salud afectivo sexual son:

- *Crecimiento y desarrollo relacionados con la sexualidad, desarrollo sexual y actividad sexual.*
- *Anatomía y fisiología femenina y masculina relacionada con la concepción y la reproducción.*
- *Normas y prácticas relacionadas con la sexualidad, prácticas sexuales y la reproducción.*
- *Componentes de la historia clínica personal, familiar e historial genético relevante.*
- *Resultados del examen físico y las pruebas de laboratorio para evaluar la posibilidad de un embarazo sano*
- *Educación sanitaria dirigida a la salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y supervivencia infantil.*
- *Métodos naturales para espaciar los embarazos y otros métodos de planificación familiar que estén localmente disponibles y que sean culturalmente aceptados.*
- *Métodos de contracepción de barrera, hormonales, mecánicos, químicos y quirúrgicos y las indicaciones de uso.*
- *Métodos para asesorar a las mujeres que necesiten tomar decisiones acerca de los métodos de planificación familiar.*
- *Signos y síntomas de infección del tracto urinario y de las enfermedades de transmisión sexual comunes en el área.*
- *Como conocimientos adicionales figura:*
- *Métodos de asesoramiento/derivación para los problemas de las relaciones interpersonales que incluyen problemas sexuales, violencia doméstica, abuso emocional y negligencia física.*

También se propusieron nuevas actividades para las matronas, entre las que destaca la planificación familiar, la colaboración con los facultativos en la realización de técnicas y procedimientos, la coordinación con los distintos niveles asistenciales de planificación familiar y sexualidad, la participación en la formación de profesionales en el ámbito de la planificación familiar y sexualidad.

3.3. FORMACIÓN CURRICULAR EN ESPAÑA.

España ingresó en la CEE en 1986, por lo que no pudo cumplir con las Directrices Comunitarias Europeas de 1980 en la adaptación del contenido formativo de las escuelas de matronas, lo que supuso el cierre de las escuelas oficiales en 1987.

Dada la exigencia de estos profesionales por seguir dentro del sistema de salud, y respondiendo a las Directivas Europeas, se reguló el título de enfermero especialista en obstetricia y ginecología publicado en el Real Decreto 992/1987.

El 1 de junio de 1992 se dictó la orden ministerial que aprobó el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las unidades docentes de matronas y el sistema de acceso para la obtención del título de enfermero especialista.

El programa formativo capacita a la matrona además de para su labor asistencial, en otros aspectos como educación, prevención y promoción de la salud. Añade además su función investigadora. En lo que se refiere a sexología, la matrona debe ser capaz de ofrecer una adecuada educación sanitaria a la mujer, familia y comunidad, identificando las necesidades educativas en relación con el ciclo reproductivo, climaterio y la sexualidad llevando a cabo los programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.

Durante el periodo formativo se incluyen materias como Educación para la salud de la mujer y Enfermería de la mujer y de la familia.

4. MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo transversal. La metodología se hace con un análisis de tendencias, valores medios y extremos, con el programa Excel 2010.

4.1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Como punto de partida se ha realizado una búsqueda bibliográfica, utilizando las siguientes palabras clave, empleadas solas o combinadas entre sí, en inglés, francés y en castellano: sexo, sexualidad, sexología, salud, afectiva/o, matrona, protocolos, educación, formación, programas, encuestas.

4.2. ELABORACIÓN DE LA ENCUESTA

A partir de la documentación obtenida, se elaboró la encuesta “Evaluación y aplicación de conocimientos de salud afectiva sexual de las matronas”, dirigida exclusivamente a matronas.

El periodo abierto para responder a la encuesta fue del 1 al 15 de octubre del 2013.

4.3. VALIDACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS RESULTADOS

La población objetivo del estudio era el colectivo de matronas en ejercicio de su actividad, por lo que este fue el único requisito imprescindible para la inclusión en el estudio. Al no existir datos contrastables sobre el tamaño real de la población, (y no estar dentro del alcance de este estudio su determinación), no era posible definir el tamaño de muestra del que se pudieran obtener resultados estadísticamente significativos. Por ello, la encuesta se dirigió al total de la población, remitiéndose a través de asociaciones, centros de trabajo y colegas de profesión. Como resultado se obtuvieron 193 respuestas.

5. RESULTADOS

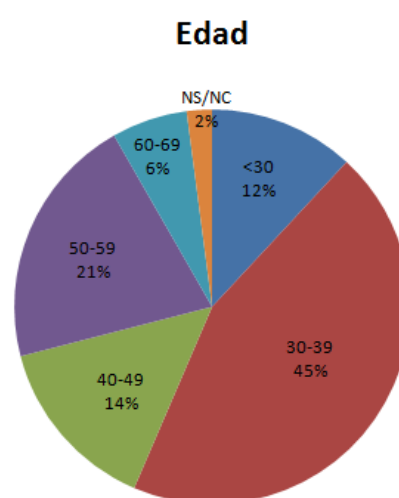
Se obtuvo una muestra de 193 matronas, con edades comprendidas entre los 25 y 64 años, y edad media de 40,94 años. El 91% de los encuestados son mujeres, el 7% eran hombres y un 2% no contestaron.

Los años en los que finalizaron la especialidad de matrona abarcan entre 1972 y 2013.

Trabajaban en atención especializada el 54% de las matronas encuestadas,

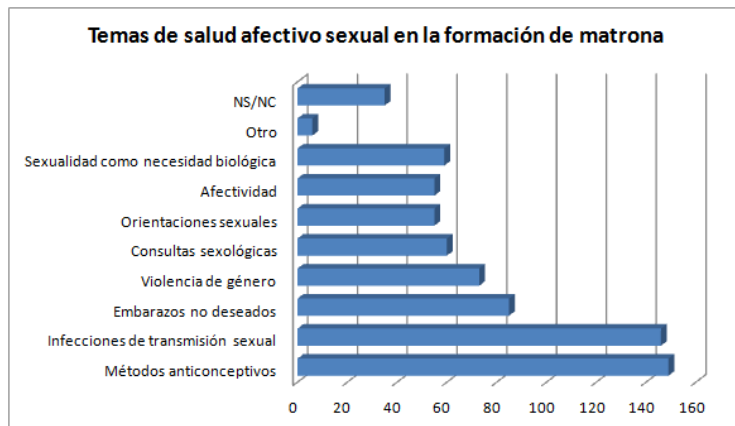
el 32% en atención primaria, un 10% en ambos y el 4% en otras áreas como educación maternal en el sector privado, docencia, visitas a domicilio en post parto y en gestión sanitaria en el servicio público de salud.

Respecto al sector de trabajo, 89% de los participantes está ejerciendo en el servicio público, 2% en el privado, 8% trabajan en ambos sectores y 1% no sabe/ no contesta. De las matronas encuestadas el 94% trabaja actualmente, 5%, no trabaja y 1% no sabe/ no contesta.



Respecto a la pregunta de la existencia de asignaturas de salud afectivo-sexual en la formación de matrona, 21% respondieron que no, mientras que el 79% de los participantes habían recibido formación en este área durante la especialidad.

Los temas sobre los que trató la formación de ese 79% se desglosan en el siguiente gráfico: En el apartado de otros, 6 personas respondieron

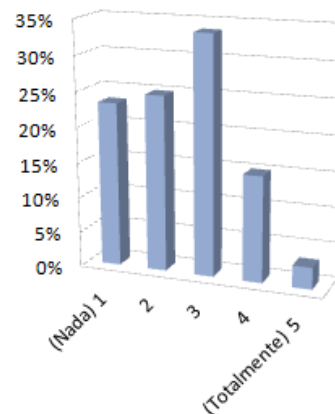


e incluyen sexualidad en adolescentes, género, dispareunias y otras alteraciones.

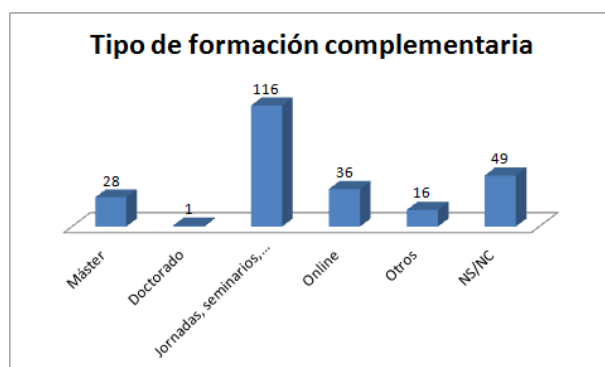
La valoración de las expectativas de las matronas en su formación universitaria en cuanto a salud afectivo sexual se refiere, puntuado 1 como nada y 5 como totalmente, se expresa en el siguiente gráfico.

A la cuestión de si habían realizado formación complementaria relacionada con salud afectivo sexual, un 73% sí que ha realizado, frente a un 27% que no.

Valoración de la formación universitaria en salud afectivo sexual



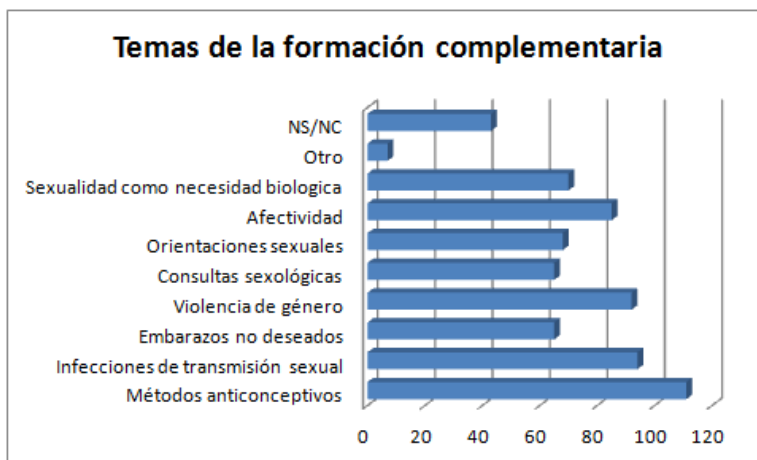
Cuando se les preguntó por el tipo de formación realizada, 116 participantes han realizado jornadas, talleres y/o seminarios, de los cuales 2 habían contestado que no a la pregunta anterior, 49 no



sabe/no contesta, 36 participantes realizaron cursos online, 28 hicieron máster, 1 persona está realizando actualmente el doctorado en este área, y 16 profesionales afirmaron haber realizado otro tipo de formaciones como

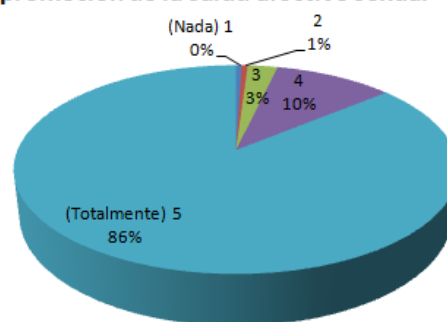
diplomatura, experto en sexualidad, postgrados, congresos, libros y participación en protocolos de centros de planificación familiar.

Los resultados sobre los temas tratados en la formación complementaria se presentan en la siguiente gráfica, siendo el abanico de respuestas a la opción de “otros:



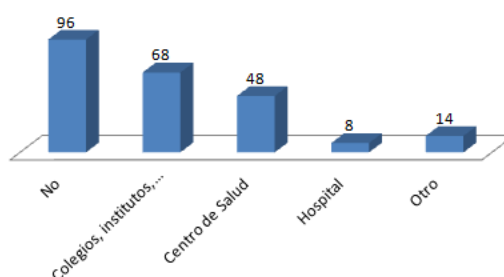
adolescentes y vejez, género, antropología, responsabilidad, compromiso, terapia sexual y de pareja, análisis de actitudes y dificultades con las relaciones eróticas. En cuanto a la importancia de la matrona dentro de la prevención y promoción de la salud afectivo sexual, puntuando 1 como nada y 5 como totalmente, el 86% valora como 5, 10% valora como 4, 3% puntúa como 3, un 1% 2.

Valoración de la matrona en la prevención y promoción de la salud afectivo sexual

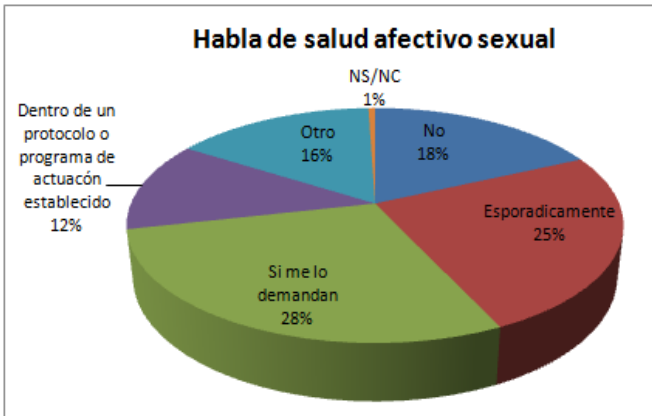


Respecto a la participación en algún programa de salud afectivo sexual a lo largo de su trayectoria profesional, los resultados son los siguientes: En “otros”, se especificaron programas en la Cruz Roja, cooperación, ámbito privado, asociaciones de vecinos, asociaciones de madres y padres, asociaciones de mujeres, servicios sociales municipales, centros de acogida, TV local, radio, ayuntamiento y máster.

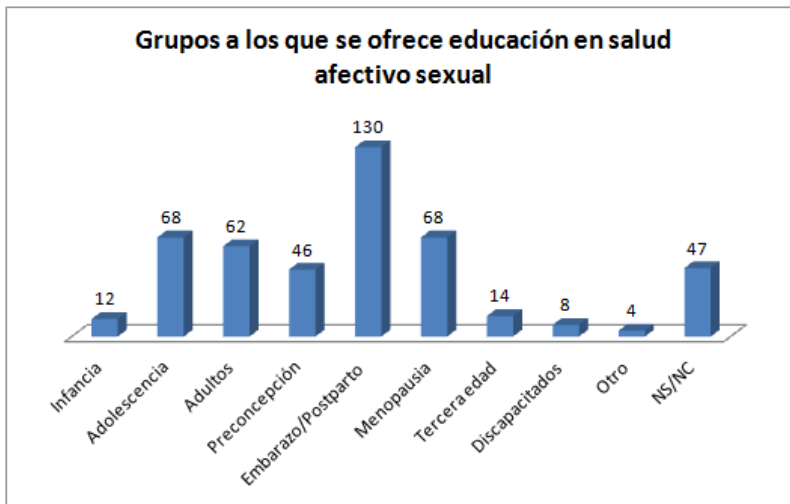
Participación en programas de salud afectivo sexual



Los resultados obtenidos en la pregunta de si hablan de salud afectivo sexual son, 28% si se lo demandan, 25% esporádicamente, 18% no hablan de salud afectivo sexual, 13% dentro de un protocolo o programa de actuación establecido y 16% responden otro, como muy a menudo, cuando es necesario, educación maternal, a diario, al alta hospitalaria y visita postparto. Un participante no respondió.

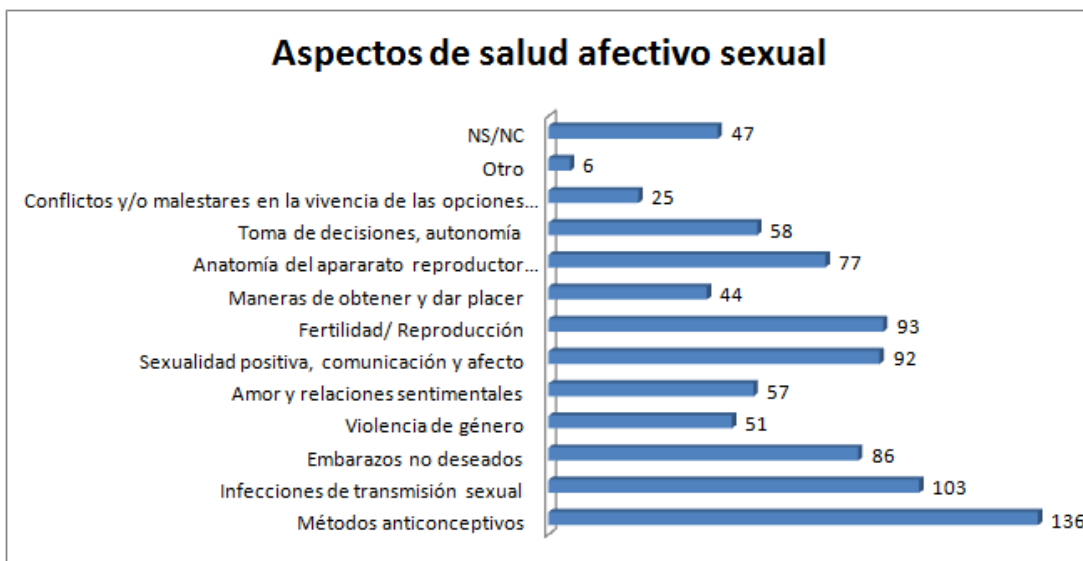


Los resultados sobre a qué grupos se ofrece educación en salud afectivo sexual, son los siguientes: Los aspectos que abordan en la educación en salud afectivo sexual más frecuente son los siguientes:



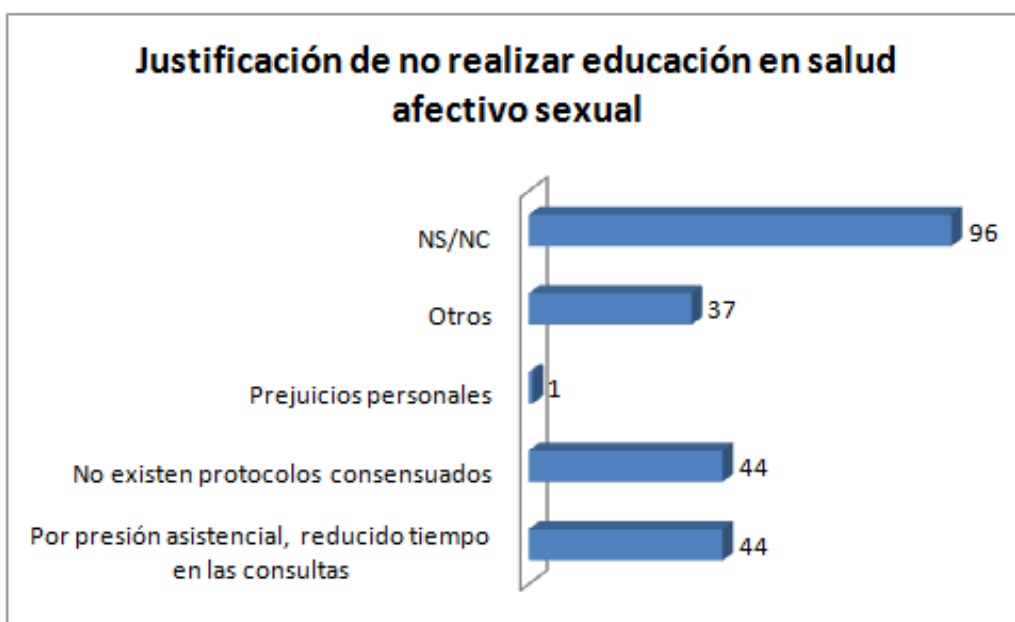
Los resultados sobre a qué grupos se ofrece educación en salud afectivo sexual, son los siguientes:

Los aspectos que abordan en la educación en salud afectivo sexual más frecuente son los siguientes:



No contestaron 47 participantes y 6 respondieron otros, como disfunciones, abuso sexual, sexting, información de recursos, identidad de género, imagen corporal, responsabilidad y compromiso.

Por último, sobre porque no siempre se realiza educación en salud afectivo sexual en el ejercicio diario de la profesión, 44 de los participantes indican que porque no existen protocolos consensuados y/o por presión asistencial y/o reducido tiempo en las consultas. Una persona tiene prejuicios personales, y 37 participantes es por otros motivos como rutina, ámbito de trabajo, no lo demandan, no se siente capacitada, escasa formación, trabajos de sustitución etc.. ; Entre los otros motivos, destacan 17 participantes que tratan el tema en su trabajo por estar en paritorio y priorizar otros temas, ya que la mujer tampoco lo demanda en ese momento.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estos resultados no se pueden comparar con estudios similares ya que no se ha encontrado ninguna investigación sobre educación en salud afectivo sexual realizado a matronas. Existe una notable limitación de bibliografía relacionada con temas de salud afectivo sexual, esta escasa documentación también ha sido notificada por la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Dado que por la obligación de la convergencia de los planes de estudios a nivel europeo, existen dos periodos bien diferenciados, antes y después de

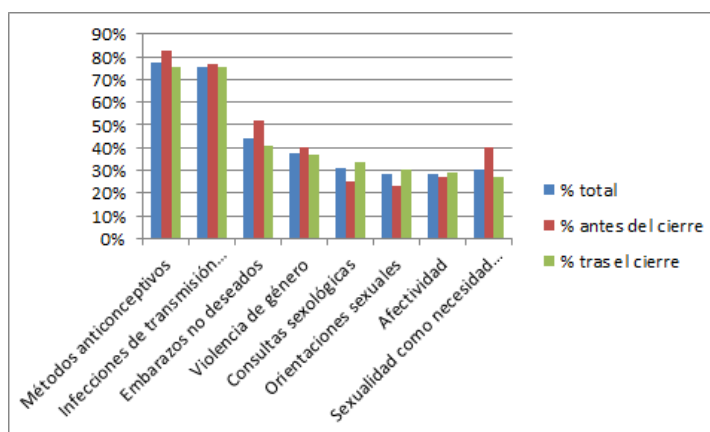
1992, parece lógico analizar por separado algunos de los resultados. A partir de ese año, con el nuevo programa de formación, se incluye la materia de salud sexual y reproductiva.

33 de las 55 matronas formadas antes del cierre de las escuelas manifiestan no haber recibido formación en ninguna materia de salud sexual durante sus estudios, mientras que el 95% de las formadas tras el cierre afirma haber tenido alguna asignatura sobre el tema durante la especialidad.

En el siguiente gráfico analizamos en qué áreas se ha recibido formación en salud sexual durante los estudios, considerando los ocho aspectos más habituales que se abordan en los programas de formación:

Puede resultar sorprendente que sólo un 44% haya recibido formación sobre embarazos no deseados, y un 41% acerca de la violencia de género. El resto de aspectos están todos en torno al 30%, lo que refleja la escasa importancia que se les ha concedido.

Sobre el cumplimiento de expectativas en cuanto a salud afectivo sexual durante la formación de matrona, más del 50% de las matronas se consideran insatisfechas o muy insatisfechas con la formación recibida sobre salud sexual en las unidades docentes de enfermería gineco-obstétrica. Solo el 18% se considera satisfecho o muy satisfecho. El descontento en cuanto a la formación recibida en materia de salud sexual es general, lo que choca frontalmente con las competencias que se les otorgan, y con los mínimos que se debe exigir para homologar su formación, lo que puede indicar que, en este caso, la ANECA no está cumpliendo con su misión.



Sobre la importancia del papel de la matrona en la educación afectivo sexual, el 96,3% puntúa la importancia como 4 o 5, lo que deja claro que el colectivo está claramente convencido de la relevancia de su papel. Esta figura importante de la matrona, en la prevención y promoción para la salud

sexual, coincide con lo citado en el documento de ENSSR en el que se especifica que la matrona, además de realizar educación en salud afectivo sexual con población sana para promocionar una sexualidad positiva y responsable, es imprescindible para la remisión a la consulta especializada como ginecólogo o psicólogo especializado en sexología en caso que las mujeres lo soliciten o se detecte algún problema.

Durante nuestra búsqueda bibliográfica constatamos lo difícil que es encontrar programas de salud sexual coincidiendo en esto con lo descrito en la ENSSR. A veces estos programas se hacen desde el ámbito particular en función de la voluntad, iniciativa o disponibilidad de los profesionales. Una notable excepción es el Programa Pies de la Comunidad Valenciana, que se instauró en el curso escolar 2009-2010. Demuestra un buen ejemplo de colaboración multidisciplinar entre diferentes profesionales como psicopedagogos, educadores, psicólogos, enfermeras y matronas.

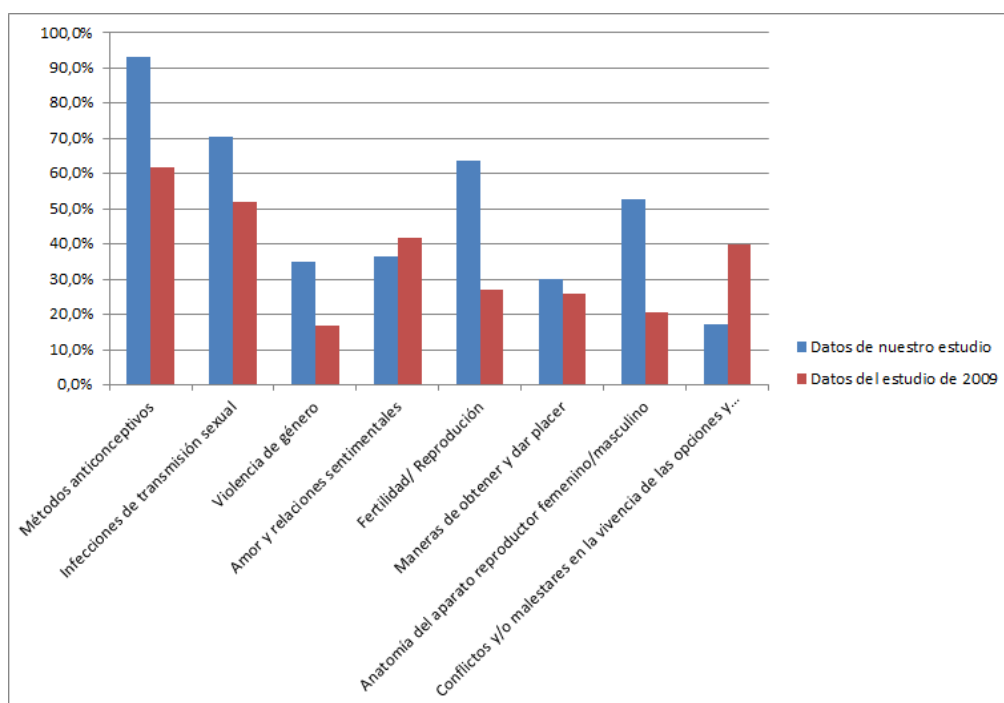
Referente a la pregunta de si las matronas hablan sobre afectivo sexual con los usuarios, a pesar de considerarlo como muy importante, una buena parte del colectivo, un 20%, no habla de ello durante el ejercicio de su actividad profesional, en la mayoría de los casos, por falta de tiempo, o por la inexistencia de protocolos; y el 31% sólo si se les demanda, lo que deja a la población en una situación de indefensión, ya que muchas pueden no atreverse a preguntar o no saber que la matrona tiene también esa misión.

Esto nos deja que solo el 49% de las matronas hablaría de sexualidad con los usuarios aunque ellos no se lo demandarán. Es destacable que sólo el 25% lo hace dentro de un protocolo, lo que indica la poca importancia que parecen darles, o también que se haga de una forma “no oficial”, dejando de la mano del profesional el sí hablar, y de qué hablar. Nuestros resultados no coinciden con los obtenidos por la ENSSR, ya que según los datos aportados por las CCAA y CEA en mayor o menor medida existen protocolos de actuación en salud afectivo sexual, aunque esto no se puede generalizar a todas las CCAA.

De las 12 categorías que se han enumerado en la pregunta de aspectos de salud sexual que trata en su práctica profesional, según el estudio, los temas que más se abordan son métodos anticonceptivos, ITS y en 5º lugar,

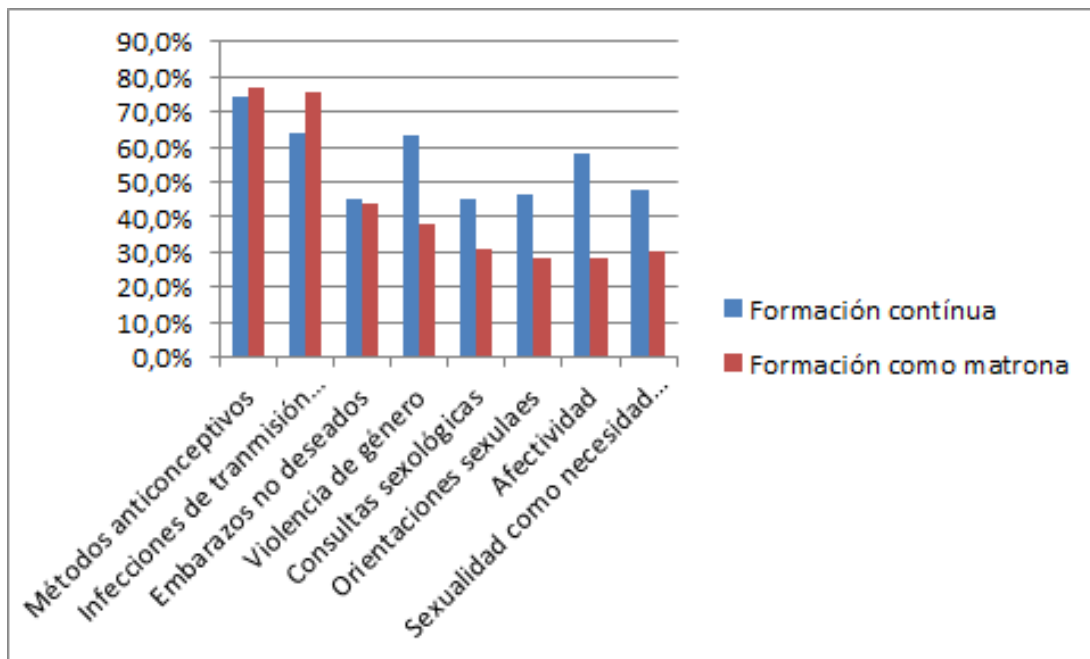
embarazos no deseados. Los resultados concuerdan con los obtenidos por el cuestionario online realizado en la ENSSR.

Los siguientes aspectos más tratados, según las matronas encuestadas, son fertilidad/reproducción y sexualidad positiva, comunicación y afecto. Respecto al tema de reproducción en la población española según la ENSS, el 25,9% de las mujeres y el 21% de los hombres solicitan esa información. Remarcar que la categoría de violencia de género se encuentra en noveno puesto en la encuesta realizada a las matronas; según los datos ofrecidos por ENSS, el 29,2% de ambos sexos desea educación sobre violencia sexual, la cual es un tipo de violencia de género. Estos datos son alarmantes, dada la magnitud de este problema.



Se analizan los datos de las 36 matronas que han respondido que no hablan de salud sexual, 32 valoran la importancia del papel de la matrona como 5 sobre 5, y solo una lo puntúa como 3, ¿por qué no hablan sobre sexualidad? Las justificaciones más señaladas de porque no se habla son que no existen protocolos consensuados, por presión asistencial y por el reducido tiempo en las consultas; lo que coincide con los informes de la Federación de Planificación Estatal (FPFE).

La siguiente gráfica compara los aspectos en los que las matronas han sido formadas durante la especialidad y los estudios posteriores



Existe una apreciable coincidencia entre los temas sobre los que más hablan los profesionales, y los que más demanda la población según la bibliografía consultada: Anticoncepción y tratamiento de ITS. Esto coincide además con el contenido de los escasos protocolos y planes disponibles, y también con los temas más escogidos a la hora de buscar formación complementaria, cuando, en realidad, son también los más estudiados dentro de la formación como matrona.

Existen varias interpretaciones posibles para estos hechos: ¿sabe la población que los profesionales sanitarios pueden informar de otros aspectos de la sexualidad más allá de la prevención de embarazos indeseados y las infecciones de transmisión sexual? ¿los profesionales se centran en estos temas porque son solo en los que están mejor formados? ¿Continúan formándose en los mismos temas que ya estudiaron durante su especialización como reciclaje, o porque no hay más oferta? En cualquier caso, parece claro que en lo que respecta a la formación esta se centra en el enfoque biomédico y prevencionista, en detrimento de enfoques más integradores, que consideran también las dimensiones biológicas, sociales y estructurales de la sexualidad.

El establecimiento de protocolos de actuación parece una buena solución para conseguir que las matronas dediquen más tiempo a hablar de salud sexual con sus pacientes. En nuestra búsqueda no tuvimos oportunidad de

encontrar otros estudios hechos a matronas sobre el tema, pero en los programas de salud sexual encontrados se observa que estos funcionan mejor cuando se integra profesionales de diferentes disciplinas, ofreciendo un servicio más eficaz y con más calidad para los usuarios.

Respecto a la implicación a la práctica, se debería realizar un programa de formación para matronas en salud afectivo sexual, haciendo hincapié en las áreas que se encuentren menos formadas y en las que los usuarios demandan más información.

La política social debe garantizar una buena asistencia en educación afectivo sexual a toda su población, pero de igual manera que en otros aspectos sanitarios, la descentralización de las competencias implica una asimetría en cuanto a la disponibilidad de servicios, cuando se comparan diferentes CCAA, lo que contradice su reconocimiento como uno de los derechos humanos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. (ENSSR) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid: ENSSR; 2011.
2. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. (ENSSR) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid: ENSSR; 2011.
3. Ministerio de Asuntos Exteriores: Guía práctica para la igualdad entre hombres y mujeres en proyectos de cooperación española. Madrid, 2004.
4. Macias J, Gómez J. Fundamentos de la Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Madrid: Enfo Ediciones; 2007.
5. Macias J, Gómez J. Mujer y salud. Madrid: Enfo Ediciones; 2008.
6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud Sexual. (ENSS). Madrid: ENSS; 2009.
7. Hurtado Murillo F, Pérez Conchillo M. Educación para la sexualidad con bases científicas. Documento de consenso de Madrid; 2011.
8. Declaración del Milenio. Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas. 8 de septiembre de 2000. [Consultado 02 noviembre 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
9. López de la Llave A. Sexualidad humana y Salud. Madrid: Editorial Dykinson; 2010.

ANEXOS

ENCUESTA

1. Edad

2. Sexo: Mujer (), Hombre ()

3. Promoción en la que finalizó la especialidad de matrona.

Año de finalización ()

4. Área de trabajo donde ha trabajado o trabaja actualmente

- Especializada () / Atención primaria ()
- Otros

5. Sector:

- Público.
- Privado.

6. ¿Trabaja actualmente?

- Si.
- No.

7. ¿Había alguna asignatura relacionada con sexualidad en su formación de matrona?

- Si
- No

8. En caso afirmativo, ¿podría indicarnos en qué temas fue formada?

- Temas de la formación:
 - Métodos anticonceptivos.
 - Infecciones de transmisión sexual.
 - Embarazos no deseados.
 - Violencias de género.
 - Consultas sexológicas.
 - Orientaciones sexuales.
 - Afectividad.
 - Sexualidad como necesidad biológica.
 - Otros (especificar)

9. Del 1 al 5, ¿Su formación como matrona cumplió sus expectativas en cuanto a salud afectivo sexual?

(1) nada (2) (3) (4) (5) totalmente.

10. ¿Ha realizado alguna formación complementaria relacionada con salud afectivo sexual?

- Si
- No

11. ¿Qué tipo de formación?

Responder en caso de haber recibido una formación complementaria.

- Máster.
- Doctorado
- Jornadas/Seminarios/Talleres.
- A distancia.
- On line.
- Otros (especificar).

12. ¿Qué temas abordaba en la formación complementaria?

- Métodos anticonceptivos
- Infecciones de transmisión sexual
- Embarazos no deseados
- Violencias de género
- Consultas sexológicas
- Orientaciones sexuales
- Afectividad
- Sexualidad como necesidad biológica
- Otros (especificar).

13. Del 1 al 5, ¿Cree que la matrona es una figura importante dentro de la prevención y promoción de la salud sexual-afectiva?

(1) nada (2) (3) (4) (5) totalmente

14. ¿Ha participado en algún programa de salud sexual a lo largo de su trayectoria profesional? En caso afirmativo, señale dónde:

- No.
- Si.
 - Hospital.
 - Centro de salud.
 - Colegios, institutos, universidades.
 - Otros (especificar).

15. En su práctica profesional, ¿Habla de salud afectivo sexual?

- Si.
 - Esporádicamente.
 - Si me lo demandan.
 - Si, dentro de un protocolo o programa de actuación establecido.
- No (diríjase a la pregunta 18)

16. En caso de que realice educación en salud afectivo sexual, ¿A qué grupo ofrece la educación?

Infancia

Adolescencia

Adultos

Preconcepción

Embarazo/postparto

Menopausia

Tercera edad

Discapacitados

17. ¿Qué aspectos aborda?

- Anticoncepción.
- Embarazos no deseados.
- Prevención ITS.
- Amor y relaciones sentimentales.
- Sexualidad positiva, comunicación y afecto.
- Fertilidad./Reproducción
- Maneras de obtener y dar placer.
- Anatomía del aparato reproductor femenino / masculino.
- Violencia de género y/o abusos sexuales.
- Toma de decisiones, autonomía.
- Conflictos y/o malestares en la vivencia de las opciones y orientaciones sexuales.
- Otros.

18. Si no habla es por:

- Por la alta presión asistencial, reducido tiempo en las consultas.
- No existen protocolos consensuados.
- Prejuicios personales.
- Déficit de formación sanitaria que dificulta el enfoque para atender dicha prestación.
- Hay profesionales que creen que este tema no entra dentro de sus competencias.
- Otros.