



AUTORES

Valeria Santoro Lamelas

valeria.santoro@isglobal.org; vsantorol@ub.edu
ISGlobal, Hospital Clínic - Universitat de Barcelona,
Carrer Roselló 132. 08036 Barcelona, España.
GRICS. Grup de Recerca en Interacció i Canvi Social.
Departament de Psicologia Social i Psicologia Quan-
titativa. Fac. de Psicologia. Universitat de Barcelona.
Campus Mundet. Passeig de la Vall d'Hebron, 171.
08035 Barcelona, España.

Beatriz Layunta Maurel

blayunta@ub.edu
GRICS. Grup de Recerca en Interacció i Canvi Social.
Departament de Psicologia Social i Psicologia Quan-
titativa. Fac. de Psicologia Universitat de Barcelona,
Campus Mundet. Passeig Vall d'Hebron 171. 08035
Barcelona

María del Carmen Peñaranda-Cólera

mcpenaranda@ucm.es
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.
Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense
de Madrid. Facultad de Trabajo Social. Universidad
Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas.
28223. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

Leonardo de la Torre

leonardo.delatorrea@isglobal.org
ISGlobal, Hospital Clínic - Universitat de Barcelona,
Carrer Roselló 132. 08036 Barcelona, España.

Anne-Sophie Gresle

anne-sophie.gresle@isglobal.org
ISGlobal, Hospital Clínic - Universitat de Barcelona,
Carrer Roselló 132. 08036 Barcelona, España.

María Jesús Pinazo Md, PhD.

mariajesus.pinazo@isglobal.org
ISGlobal, Hospital Clínic - Universitat de Barcelona,
Carrer Roselló 132. 08036 Barcelona, España.

Anuario de Psicología

N.º 52/1 | 2022 | págs. 7-16

Enviado: 10 de diciembre de 2020

Aceptado: 20 de maig de 2021

DOI: 10.1344/ANPSIC2022.52/1.2

ISSN: 0066-5126 | © 2022 Universitat de Barcelo-
na. All rights reserved.

Derechos sexuales y repro- ductivos en mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave: argumentos y consensos de profesionales en salud mental comunitaria

**Valeria Santoro Lamelas, Beatriz Layunta Maurel,
María del Carmen Peñaranda-Cólera, Leonardo
de la Torre, Anne-Sophie Gresle, María Jesús Pinazo**

Resumen

Con el objetivo de conocer los argumentos de profesionales de la salud mental en torno al ejercicio y/o vulneración de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de las mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave (DTMG) y establecer prioridades para la investigación en intervención dentro del área, aplicamos el método Delphi para obtener información y realizar un análisis del contenido temático.

Los resultados evidencian cómo el género y el estigma social asociado al DTMG interactúan como elementos que posicionan a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad social y tienen efectos negativos sobre el ejercicio de sus DSR. Estos efectos están presentes tanto en el área de la sexualidad, caracterizada por el tabú y la medicalización, como en el área de la reproducción, caracterizada por la mirada incapacitante en torno a la maternidad y el control reproductivo. Asimismo, sitúan a las mujeres en posiciones de opresión que favorecen situaciones de abusos y maltratos.

Se concluye destacando los elementos clave para la comprensión del fenómeno, los cuales serán de utilidad para el desarrollo de futuros análisis en el área: el estigma del DTMG, el ejercicio del poder simbólico sobre la construcción de la subjetividad y la reproducción de la exclusión social. Finalmente, proponemos líneas de acción social orientadas a revisar los recursos, el reconocimiento de la agencia de las mujeres con DTMG y el establecimiento de procesos en los que participen el saber científico y profesional, las mujeres y sus familias.

Palabras clave

Derechos sexuales y reproductivos, trastorno mental grave, género, estigma.

Dos frases o highlights

- Efectos del diagnóstico de trastorno mental grave en mujeres sobre los derechos sexuales y reproductivos: entre el tabú de la sexualidad y el control de la reproducción.
- El género y el estigma asociados al diagnóstico de trastorno de salud mental favorecen la vulneración de derechos sexuales y reproductivos.

Drets sexuals i reproductius en dones amb diagnòstic mental greu: Arguments i consensos de professionals en salut mental comunitària

Resum

Amb l'objectiu de conèixer els arguments de professionals de la salut mental entorn de l'exercici i/o vulneració dels drets sexuals i reproductius (DSR) de les dones amb diagnòstic de trastorn mental greu (DTMG) i establir prioritats per a la investigació en intervenció dins l'àrea, apliquem el mètode Delphi per a l'obtenció d'informació i una anàlisi del contingut temàtic per a la seva anàlisi.

Els resultats evidencien com el gènere i l'estigma social associat al DTMG interactuen com a elements que col·loquen les dones en situacions de vulnerabilitat social i tenen efectes negatius sobre l'exercici dels seus DSR. Aquests efectes estan presents tant en l'àrea de la sexualitat, caracteritzada pel tabú i la medicalització, com en l'àrea de la reproducció, caracteritzada per la mirada incapacitant al voltant de la maternitat i el control reproductiu. Així mateix, situen les dones en posicions d'opressió que afavoreixen situacions d'abús i maltractaments.

Es conclou, destacant els elements clau per a la comprensió del fenomen, els quals seran d'utilitat per al desenvolupament de futures anàlisis en l'àrea: l'estigma del DTMG, l'exercici del poder simbòlic sobre la construcció de la subjectivitat i la reproducció de l'exclusió social. Finalment, proposem línies d'acció social orientades a revisar els recursos, el reconeixement de l'agència de les dones amb DTMG i l'establiment de processos en els quals participin el saber científic i professional, les dones si les seves famílies.

Paraules clau

Drets sexuals i reproductius, trastorn mental greu, gènere, estigma.

Sexual and reproductive rights in women with a diagnosis of severe mental disorder: arguments and consensus of community mental health professionals

Abstract

This study explores the arguments of mental health practitioners around the exercise or infringement of sexual and reproductive rights of women with a severe mental health diagnosis, in order to both gain insight and establish priorities for further research and intervention actions in the field. Data has been collected applying the Delphi method and a thematic content analysis has been carried out.

The results and analysis show evidence that gender interacts with the social stigma associated with severe mental health conditions, positioning these women in vulnerable social situations, which has a negative effect on exercising their sexual and reproductive rights. These negative effects become evident both in the ambit of their sexuality, which appears characterized by taboo and medicalisation, and in the reproductive sphere, which is characterized by reproductive control and where they are seen as incompetent mothers. Because of the above generated views, these women are placed in oppressive and abusive situations.

In conclusion, the following elements have been identified for further research: stigma attached to diagnosis of the severe mental health condition, the exercise of the symbolic power over the construction of subjectivity and there production of social exclusion.

Finally, social action guidelines are proposed, leading to the revision of resources, the recognition of women with severe mental health conditions and the establishment processes with the participation of scientific and professional fields as well as the women and their families.

Keywords

Sexual and reproductive rights, severe mental illness, gender, stigma.

INTRODUCCIÓN

Derechos sexuales y reproductivos: reivindicación y reconocimiento desde los movimientos feministas

La OMS (2006) define los derechos sexuales y reproductivos (en adelante DSR) como derechos humanos que incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia, a disponer del mayor nivel posible de salud sexual, incluyendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y a una educación sexual; el respeto por la integridad corporal; la

capacidad para la elección de la pareja y para decidir si se quieren tener hijos o no y disponer de información y de los medios para tomar esta decisión de manera consciente y autónoma; y de disfrutar de una vida sexual y reproductiva segura y placentera.

El reconocimiento de los DSR como derechos humanos no ha tenido un camino fácil. Frente a las corrientes que apostaban por un control de la natalidad, de la sexualidad y de los cuerpos de las mujeres, las movilizaciones feministas de los años sesenta y setenta reivindicaron el derecho de las mujeres a tener autonomía sobre su propio cuerpo, así como sobre la reproducción y la sexualidad (Biglia y Olivella-Quintana, 2014). Las

reivindicaciones feministas comienzan a hacerse hueco en diferentes foros y conferencias internacionales y Naciones Unidas comienza a replantearse sus orientaciones en materia de políticas de población, salud, desarrollo y derechos humanos (Romita, 2011). Se destacan la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, celebrada en 1994, que reconoció la existencia de los derechos reproductivos (que no sexuales, como señala Galdós, 2013) y la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, celebrada en Beijing en 1995, en la que se hace por primera vez referencia a los DSR como parte indisoluble de los derechos humanos (Naciones Unidas, 1995).

Como señalan Biglia y Olivella-Quintana (2014), estas conferencias constituyen un punto de inflexión en el desarrollo de los DSR y suponen el paso de una lógica de la salud, centrada en políticas de población y planificación familiar, a una lógica que reconoce “la autodeterminación reproductiva y sexual de las mujeres como una necesidad básica de salud y un derecho humano” (Petchesky, 1995, pág. 152). Asimismo, representan una transición de un enfoque biomédico a una perspectiva que reconoce la “centralidad de las relaciones de poder [...] que dan forma a las decisiones y acciones personales más íntimas” (Sen, 2010, citada en Biglia y Olivella-Quintana, 2014, pág. 310).

En el Estado español, no existe una ley general vigente que regule los DSR en todas sus dimensiones, aunque estos sí han formado parte de la agenda de reivindicación social de los últimos años (Larrañaga et al., 2014) y se han incorporado de algún modo en otras leyes, medidas y planes llevados a cabo por diferentes instituciones y organizaciones. Son ejemplos la Ley Orgánica 1/2004 sobre Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y la Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (Larrañaga, Martín y Bacigalupe, 2014). Sin embargo, ha sido la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo el referente legal más importante por su interés en adaptar el marco normativo español al consenso de la comunidad internacional, regular la interrupción voluntaria del embarazo y garantizar los derechos fundamentales en salud sexual y reproductiva a partir de una estrategia institucional de atención a la salud sexual y reproductiva (Larrañaga, Martín y Bacigalupe, 2014) que incluyen medidas en el ámbito educativo (Romita, 2011) y la creación de una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva cuyo objetivo es desarrollar y reforzar un enfoque basado en el derecho de las mujeres a decidir de manera libre e informada (Alonso y Paleo, 2017).

La ausencia de una ley específica en materia de DSR impide que existan mecanismos que garanticen el ejercicio y velen por el cumplimiento de estos. Asimismo, la presencia de movimientos conservadores (Larrañaga, Martín y Bacigalupe, 2014) colisiona con la reivindicación de los DSR desde una perspectiva de género. De

este modo, dichos derechos y las actuaciones en materia de salud sexual y reproductiva siguen siendo un campo de batalla desde la perspectiva de los movimientos que persiguen garantizarlos en todas las personas. En este sentido, hay algunos colectivos especialmente sensibles a sufrir discriminación y vulneración de estos derechos, por encontrarse sometidos a diferentes ejes de opresión y desigualdad, como son las mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave.

DSR y salud mental: un vacío lleno de significados

Cuando hablamos de DSR con relación a personas con discapacidad y, en concreto, a mujeres con DTMG, lo primero con lo que nos encontramos es con el vacío legal de políticas y programas que atiendan las necesidades específicas de este colectivo (Palacios et al., 2012). Vacío que, contrariamente, se muestra como un espacio lleno de prejuicios, tabúes y discursos cuyos efectos son el control sobre los cuerpos y las mentes, así como juegos de poder y sumisión que llevan de forma ineludible a prácticas no tan solo discriminatorias sino, incluso, violentas.

Así, tal y como hemos visto que sucede con los DSR en términos generales, pese a estar estos derechos presentes de forma transversal en diversos acuerdos internacionales, cuando hablamos del colectivo de personas con discapacidad y con trastorno mental grave (en adelante TMG), no encontramos ningún tratado internacional que se centre de forma exclusiva en ellos (Díaz, 2013; Martí y Cazorla, 2016; Murillo, 2019). Sin embargo, sí podemos desgranarlos de diversas cartas, decálogos y convenciones que tienen como base la Carta de los Derechos Humanos e incluso, en el caso del Estado español, de la Constitución de 1978, en la que se parte de la igualdad de derechos de toda la ciudadanía y se reconoce el derecho a la sexualidad (Martí y Cazorla, 2016). Este hecho lleva a poder afirmar que “la mayoría de derechos reproductivos sí están reconocidos internacionalmente y son jurídicamente vinculantes” (Díaz, 2013, pág. 108) del mismo modo que asigna a los Estados miembros la responsabilidad de “garantizar este derecho a todas las personas en situación de diversidad mental” (Martí y Cazorla, 2016, pág. 8). Entre estos instrumentos internacionales, cabe destacar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), donde se especifican cuestiones como el derecho a formar una familia y a la maternidad, así como al nivel más alto posible de salud, incluida la salud sexual y reproductiva (Díaz, 2013; Murillo, 2019). Sin embargo, encontramos un primer escalón de discriminación ya a nivel legal cuando, en numerosos países, incluso dentro de la Unión Europea, se articulan prácticas y legislaciones que contradicen estos derechos. En el caso de España, se siguen legitimando

judicialmente esterilizaciones forzosas y abortos coercitivos (Díaz, 2013).¹

Pero, además, encontramos un vacío de políticas y programas que pongan en práctica dichos derechos como refleja su omisión en el caso de los planes estratégicos en salud mental y sexualidad (Díaz, 2013; Martí y Cazorla, 2016). Paralelamente, el estigma social del diagnóstico psiquiátrico y los problemas de disfunción sexual que suele padecer este colectivo hacen que estas mujeres se inhiban a la hora de usar los servicios y programas existentes dirigidos a la población general (Martí y Cazorla, 2016)

METODOLOGÍA

El método Delphi es una estrategia que permite establecer un consenso entre las/los participantes, consideradas/os expertas/os en una temática (Reguant-Álvarez y Torrado-Fonseca, 2016; Hasson et al., 2000). En el área de la salud mental, se ha utilizado para delimitar conceptos, hacer predicciones y establecer prioridades de investigación e intervención (Jorm, 2015).

Concretamente, en nuestro estudio, hemos desplegado el método Delphi con el objetivo de conocer los argumentos de las/los profesionales que trabajan en el área de salud mental desde el campo comunitario (clubes sociales² y otras organizaciones de salud mental) para delimitar cuál es la situación actual de ejercicio o vulneración de los DSR de las mujeres con DTMG y establecer prioridades de investigación e intervención.

Si bien no existe un consenso sobre el número de rondas necesarias para contestar a las cuestiones planteadas (Hasson et al., 2000), este suele responder a la diversidad de argumentos encontrados y a la facilidad, o no, para generar consensos. En nuestro caso, dado que las/los profesionales presentaban argumentos comunes, hemos requerido tres rondas (respondidas en julio) para delimitar el concepto de DSR en mujeres con trastorno mental grave y llegar al consenso.

La riqueza en las respuestas de cada ronda no solo ha permitido configurar la siguiente ronda, sino que estas contenían, por sí mismas, un gran repertorio de argumentos que permiten dibujar de forma profunda la situación actual de las mujeres con DTMG en rela-

ción con el ejercicio o vulneración de sus DSR según la mirada de las y los profesionales de los clubes sociales. Eliminar las primeras dos rondas del análisis de contenido hubiera implicado obviar la riqueza de los ejemplos, matices, justificaciones y escenarios donde son elucidados el ejercicio o la vulneración de derechos sexuales y reproductivos.

Concretamente, en las siguientes secciones se podrá profundizar sobre los resultados del consenso, en los que se evidencia que el género y el estigma social asociado al DTMG son dos ejes esenciales sobre los cuales pivotan todas las argumentaciones en torno a la vulneración o el ejercicio de los DSR y las posibles soluciones. Asimismo, ambos ejes están impregnados del discurso biomédico, el cual adquiere especial relevancia en la definición de los límites y posibilidades del cuerpo, el placer y la reproducción de quienes son inscritas dentro de la categoría de “trastorno mental grave”.

Informantes

La configuración del grupo de expertas/os se realizó a partir de una búsqueda y contacto con clubes sociales de Cataluña. La invitación a participar se llevó a cabo por correo electrónico y posteriormente se celebraron reuniones virtuales para explicar a cada profesional interesada/o la temática y procedimiento del estudio. En la primera ronda de preguntas, las/los profesionales dieron el consentimiento informado para participar en la investigación. En total, accedieron a tomar parte nueve profesionales del ámbito. Sus perfiles presentaban variabilidad en relación con: su formación (cuatro educadoras/es sociales, tres psicólogas/os, dos trabajadoras/es sociales); sus años de experiencia en el área de salud mental (3 con 1-5 años, 2 con 5-10 años y 4 con más de 10 años); y sus funciones (4 cargos de dirección de centros, 3 de atención directa y 2 de “otras” funciones).

Análisis

Se realizó un análisis de contenido temático (Braun y Clarke, 2006) para analizar las respuestas abiertas de cada ronda. Se siguieron los pasos siguientes: *a*) codificación abierta; *b*) establecimiento de categorías y subcategorías de análisis; *c*) establecimiento de vínculos entre categorías y subcategorías; *d*) establecimiento de ejes analíticos, y *e*) revisión de la coherencia de los resultados con los objetivos del estudio.

A partir del análisis realizado, se establecieron 99 códigos que fueron recogidos posteriormente en 13 categorías: *a*) acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; *b*) acceso a anticonceptivos; *c*) acompañamiento psico-social; *d*) control reproductivo; *e*) género; *f*) estigma; *g*) estrategias para promover los derechos sexuales y reproductivos; *h*) interrupción del embarazo; *i*) perfil de mujeres con DTMG que asisten a los clubes sociales; *j*)

¹ Esta cuestión es de actual debate: el 15 de octubre de 2020 se aprueba en el Congreso una proposición de ley que intenta eliminar el artículo 156 del Código Penal que acepta la esterilización forzosa o no consentida de las personas incapacitadas legalmente.

² Los clubs sociales son espacios socio-comunitarios cuya finalidad es favorecer la inclusión social de personas con trastorno mental a partir del fomento de los vínculos socioafectivos y de la participación en actividades de ocio en su entorno comunitario.

sexualidad; *k*) violencia de género, y *l*) vulnerabilidad a abusos y maltratos.

Dos de estas categorías establecen robustos vínculos con las categorías restantes y sus subcategorías y funcionan como marco argumentativo a partir del cual es posible entender las otras categorías. Por este motivo, las categorías “estigma” y “género” se transforman en los ejes que permiten hacer inteligible el análisis presentado.

RESULTADOS

Una mujer con algún TMG ya estará en el punto de mira de cualquier decisión que quiera tomar sobre su cuerpo [...]. Cualquier decisión, tanto en la elección de pareja o las relaciones sexuales como en tener hijos o no, se cuestiona en muchas ocasiones (RD1_K3).

Los argumentos referidos por las personas encuestadas pivotan en el reconocimiento del *género* como categoría que media cualquier experiencia con la sexualidad de las mujeres con DTMG. El *estigma social* del diagnóstico se yuxtapone a él y, articulado a partir de tres componentes clave (incapacitación, infantilización y sobreprotección), acarrea una merma en la agencia y un cuestionamiento en la toma de decisiones por parte de estas mujeres que acaba siendo interiorizado.

Específicamente, se referencia una mirada centrada en la *carencia de capacidades* cognitivas, emocionales y relacionales asociada al trastorno mental que no se limita a episodios de crisis puntuales, sino que trasciende a toda su existencia y esferas de la vida cotidiana. Por lo tanto, la identidad de DTMG emerge como la categoría dominante de estas personas y se devalúan otras como sería la categoría “adulta”, lo que las despoja de derechos y responsabilidades y les atribuye características propias de una *niña*.

Esta privación de la adultez y la asociación con la inestabilidad emocional, sumadas a las dudas sobre sus capacidades y desempeño coherente según las normas sociales establecidas, derivan en una *sobreprotección* por parte de las instituciones y en especial de las familias con el fin de evitar posibles daños.

Así, las personas encuestadas señalan que, como efecto de estos procesos de incapacitación, infantilización y sobreprotección, las mujeres ven cuestionada continuamente su *toma de decisiones* y su capacidad de agencia.

Asimismo, la mirada incapacitante suele ser interiorizada por estas mujeres y pasa a conformar su identidad, lo que las empuja a renunciar a derechos y a relegar responsabilidades y les genera sentimientos de culpa y frustración por no poder ejercer prácticas que socialmente están asociadas a la construcción de sujetos “normales”.

A continuación, veremos cómo los componentes descritos con anterioridad se vuelven recurrentes para trazar las trayectorias y experiencias vinculadas con la sexuali-

dad y la reproducción de las mujeres con DTMG. Para ello, los resultados se presentarán en dos ejes principales: (1) sexualidad y (2) control reproductivo, los cuales tienen como uno de sus efectos principales (3) la vulnerabilidad a abusos y violencia.

Sexualidad

Referente a las informaciones sobre sexualidad, el circuito clínico continúa siendo heteropatriarcal y falocéntrico, no informando ni formando sobre temas como el placer individual (masturbación) ni permitiendo disfrutar a las mujeres de una sexualidad plena con su pareja en la mayoría de las ocasiones, ya que esta siempre se centra en el placer masculino (RD1_K5).

[...] hablar de sus relaciones o de la inexistencia de estas, de sus deseos de tener pareja, y que lo vean como un hecho imposible, improbable y, lo que es más doloroso, al que no tienen derecho (RD1_M9).

Las/los profesionales expresan que la sexualidad en las personas con DTMG está marcada por dos componentes: el tabú y la medicalización.

El tabú de la sexualidad

El paradigma heteropatriarcal en torno a la sexualidad junto con el estigma del diagnóstico incrementa el tabú y las prácticas de control, quedando relegada la diversidad de prácticas y deseos a espacios de silencio y ocultación por parte de instituciones sociales y de la propia persona.

El foco en la enfermedad, que invisibiliza otros aspectos de la vida de estas mujeres, sumado al cuestionamiento de la toma de decisiones y su interiorización (que conlleva la asunción de “falta de derecho”), puede producir una negación de los deseos y cuidados vinculados a la sexualidad y la reproducción, lo que hace que adopten la mirada externa y requieran del entorno familiar, social o sanitario para reafirmar sus opciones y limita su autonomía.

Paralelamente, la familia niega en ciertos casos la sexualidad y la salud sexual y reproductiva de estas mujeres, no siempre de forma intencionada, a partir de su infantilización y sobreprotección, con lo que emerge el miedo a los posibles efectos de una vida sexual activa.

Por su parte, las/los profesionales encuestadas/os afirman que los servicios de salud sexual suelen ser reactivos, pues se acude a ellos a partir de preocupaciones personales o sintomatología compatible con enfermedades del aparato reproductivo. El silenciamiento y la sobreprotección familiares, así como la falta de estrategias proactivas que fomenten el conocimiento y la promoción de la salud sexual, tienen como consecuencia vulneraciones de los DSR que van desde un desconocimiento del propio cuerpo y del disfrute de la sexualidad de forma plena hasta el

riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Medicalización

El trastorno mental y su control farmacológico se convierten en la preocupación de salud central para estas mujeres y sus allegadas/os y dejan en un segundo plano otros aspectos, con especial olvido de la salud sexual y reproductiva. Asimismo, el foco en el control de la enfermedad relega a un segundo plano los efectos que pueda tener la medicación y niega o reduce la importancia del deseo y la sexualidad en las vivencias personales.

Reproducción

El miedo a los embarazos no deseados ha hecho, a lo largo de los años, que las familias de origen no promovieran que sus hijas con TMG tuvieran parejas afectivas o relaciones sexuales libres y satisfactorias y vivieran su sexualidad como un derecho individual y no como un tabú social (RD1_K9).

Las prácticas sobreprotectoras relativas a la sexualidad de las mujeres con DTMG suelen vincularse estrechamente con los conflictos asociados a la reproducción. Concretamente, podemos encontrar dos componentes clave: el control reproductivo y la mirada incapacitante hacia la maternidad.

Control reproductivo

Las/los profesionales expresan que las familias ejercen un control reproductivo sobre estas mujeres por temor a las consecuencias de las prácticas sexuales, siendo la principal preocupación los embarazos no deseados. Para prevenirlos, las familias no facilitan información sobre la sexualidad y la salud reproductiva ni promueven la existencia de parejas afectivas o relaciones sexuales libres. Asimismo, exponen que el sistema sanitario suele centrarse en la prevención de la reproducción en mujeres con pareja heterosexual y estable, dejando en la mayoría de los casos excluidas a mujeres con relaciones sexuales ocasionales/no estables.

Aunque las mujeres con DTMG tienen el mismo acceso a la anticoncepción y al aborto que la población general, la falta de educación sexual puede mermar el ejercicio de sus derechos, pues se suele acceder al servicio una vez que los mecanismos de prevención han fallado. A esto hay que sumar la dificultad de acceso a anticonceptivos debido a falta de recursos económicos o limitación del entorno.

Otra de las consecuencias de la búsqueda del control reproductivo son prácticas de esterilización o abortos en que las mujeres implicadas a menudo no tienen capacidad para decidir o su decisión se debe a un proceso de asesoramiento mediado por los discursos de la incapa-

cidad, las consecuencias sobre el trastorno, así como la indefensión ante la falta de apoyo y recursos para acompañar esa posible maternidad.

Incapacitadas para la maternidad

Otra mujer que participaba en el club expresó a su psiquiatra su voluntad de quedarse embarazada [...] este médico puso en marcha el dispositivo de “protección” [...]. Nos pidió por teléfono que [...] la hiciéramos entrar en “razón” [...] (RD1_L2).

El control reproductivo se asocia con el miedo a la transmisión del trastorno mental a la descendencia y, en especial, a la atribución de incapacidad para el cuidado de las/los hijas/os debida a las creencias vinculadas con el TMG (inestabilidad emocional, deterioro cognitivo y limitación económica). Esta atribución se reproduce tanto en el entorno familiar como en el institucional y, al ser interiorizada por parte de estas mujeres, controla sus deseos de ser madres.

A nivel familiar, la falta de recursos y soporte social que permitan el desarrollo de redes de cuidado comunitarias hace que las familias vean una responsabilidad añadida en un/a posible hija/o de la persona con DSMG.

A nivel institucional, emergen situaciones donde, ante el planteamiento del deseo de ser madres, se inicia un despliegue de estrategias disuasorias indirectas —no se habla con la usuaria, sino con referentes— orientadas a que la persona cambie de parecer.

Finalmente, los resultados muestran una controversia: a las mujeres con DTMG se les niega o cuestiona la posible maternidad con argumentos de incapacidad, pero, paralelamente, se les asigna el cuidado de familiares adultos. Los mandatos de género —que asocian los cuidados a las mujeres—, el diferente valor que estos adquieren según la edad de quienes los reciben y los argumentos de retribución del cuidado proveído por el entorno familiar a mujeres con TSMG parecen sustentar esta contradicción.

Vulnerabilidad a abusos y maltratos

Puede ser que ni la propia mujer, que a lo largo de su vida ha sido maltratada en otros ámbitos de su vida —contenciones físicas, negación familiar, sobremedicaciones, etc.— ni se plantee que esta relación de afecto o sexual que está viviendo pueda ser un maltrato para ella (RD1_K9).

El tabú de la sexualidad, la interiorización del estigma, el desconocimiento del propio cuerpo y la invisibilización de los deseos personales exponen a las mujeres a un contexto favorecedor de abusos y maltratos.

La interiorización del estigma de DTSM incide en la construcción de relaciones interpersonales basadas en la inseguridad y el temor a no ser reconocidas como interlocutoras legítimas, a no ser queridas ni valoradas. Sus efectos son la probable aceptación de vínculos no equita-

tivos, conductas violentas o prácticas sexuales no deseadas en la búsqueda de aceptación social.

Por otra parte, la vivencia de otras violencias en distintas esferas de la cotidianidad vinculadas al control del trastorno mental favorece la vulnerabilidad a la violencia machista. Así, las continuas experiencias en contenciones, medicalización e invisibilización de los cuerpos más allá del trastorno derivan en que las mujeres con DTMG consideren ciertas prácticas abusivas como “esperables” o “aceptables”.

Asimismo, las condiciones estructurales desfavorecedoras (poco tejido social y recursos económicos), sumadas a la falta de conocimientos sobre los DSR y las relaciones desiguales en el entorno próximo, favorecen que se sufran abusos y agresiones sexuales en el ámbito privado, situación silenciada por la falta de credibilidad asociada al relato de estas personas. La falta de independencia económica, además, puede derivar en una búsqueda de recursos mediante la prostitución.

DISCUSIÓN

A través del recorrido por los resultados del estudio, hemos podido constatar cómo el engranaje entre *género* y *estigma* coloca a las mujeres con DTMG en situaciones de mayor vulnerabilidad social con relación al ejercicio de sus DSR. En esta línea, Lance et al., (1999) refieren que las mujeres con DTMG persistente reproducen de forma más acusada las relaciones de poder inequitativas que existen en la sociedad patriarcal y son más vulnerables a vivir experiencias de abusos sexuales, violaciones, violencia de género y embarazos no deseados (Miller y Finneré ty, 1996). Dicha vulnerabilidad se ve potenciada por las prácticas de silencio, negación e incluso ocultación de la sexualidad —fruto de la sobreprotección e infantilización de estas mujeres— presentes tanto a nivel familiar como institucional. Enlazaremos nuestras reflexiones finales en torno a los siguientes ejes: estigma, el vacío asociado a la maternidad y el control reproductivo y el vacío asociado a los deseos y sexualidades. Introduciremos, asimismo, elementos de reflexión en torno a posibles líneas futuras de intervención.

Estigma

Siguiendo las reflexiones de Goffman (1970), entendemos el estigma como un atributo socialmente construido como intensamente indeseable que pasa a primer plano en la interacción social y tiene como efecto la devaluación de otras múltiples categorías de pertenencia de la persona que lo posee para convertirla en un sujeto menos agradable. En nuestro caso, evidenciamos cómo el estigma permea las relaciones sociales de las mujeres con DTMG restringiendo la atención al cuerpo al control de la patología y limitando las relaciones interpersonales

bajo una mirada incapacitante, infantilizadora y sobreprotectora. Asimismo, el estigma suele ser interiorizado (Link y Phelan, 2014; Correa-Urquiza, 2017) por las personas con un DTMG, quienes, al aceptar su condición estigmatizante, aceptan los discursos y las normas sociales propuestas por “los otros legítimos”, como son el sistema biomédico y la familia. En este ejercicio de poder simbólico (Bourdieu, 1987, en Link y Phelan, 2014), “los otros legítimos”, en aras de proteger a las mujeres con DTMG, reproducen estereotipos de género, las excluyen de determinados espacios de decisión y las desproveen de recursos para su autonomía. Se produce, pues, “la interiorización de una desautorización y deslegitimación para el decir y el actuar” (Correa-Urquiza, 2017, pág. 35).

Así, nos encontramos con personas sin autonomía ni capacidad de decisión que son infantilizadas y asexuadas, desinformadas y expropiadas de sí mismas, estigmatizadas y prejuizadas, invadidas en su mente y cuerpo hasta el punto de ser violentadas, mutiladas y vulnerabilizadas tras procesos “bienintencionados” como procedimientos quirúrgicos y hormonales que, en lugar de protegerlas tal y como se pretende, las exponen al silencio corporal de la agresión sexual.

El no-lugar (el vacío)

El vacío de las mujeres con DTMG se articula a través de dos espacios clave: el vacío simbólico en cuanto a los efectos invisibilizadores y anuladores del estigma que interactúan con las desigualdades de género y el vacío institucional derivado de la falta de políticas y programas específicos que contemplen sus necesidades. Ambos elementos tienen efectos en la reproducción del sistema de opresión de las mujeres con DTMG en el área reproductiva y sexual.

Sobre el control reproductivo

Los resultados evidencian cómo el estigma del DTMG construye a estas mujeres como no-madres (Moya, 2009) y de ello se deriva una serie de estrategias de control de la reproducción con el fin de evitar los embarazos. Así, la atribución incapacitante que emerge del estigma hace que estas mujeres se alejen del modelo social de la “buena madre” (González de Chávez, 1999) con repercusiones en su subjetividad, puesto que entra en confrontación con el mandato heteropatriarcal que asocia la maternidad con la feminidad, e invisibiliza, a su vez, la diversidad posible en el ejercicio de las maternidades y la falta de apoyo social e institucional para su desarrollo pleno. Como consecuencia de la mirada incapacitante hacia las maternidades, hemos evidenciado prácticas institucionales y familiares que desproveen a las mujeres con DTMG de su agencia mediante estrategias más o menos explícitas de control y gestión de la reproducción (desde presiones familiares o

institucionales para tomar anticonceptivos a cambio de servicios sociales hasta esterilizaciones forzadas). La negación de agencia y de la posibilidad de elegir con respecto a la reproducción, así como el nulo acompañamiento psicosocial, tienen evidentes efectos en las mujeres que los padecen y están marcados por sufrimientos difícilmente reparados (Díaz, 2013).

Sobre deseos y placeres

En el estudio, hemos constatado cómo los discursos heteropatriarcales penetran en las prácticas de las instituciones sociales y de salud (Martínez Benlloc, 2003) en el entorno familiar y en la subjetividad de las mujeres con DTMG. Así, aunque el reconocimiento de los DSR a nivel internacional y en el ámbito institucional ha permitido la emergencia de políticas que promuevan la equidad de género desvinculando la sexualidad y la reproducción de los discursos morales y religiosos (Romita, 2011), no podemos obviar el peso que la mirada heteropatriarcal aún tiene en nuestras sociedades para la construcción de la subjetividad (Martí y Cazorla, 2016) y de las relaciones interpersonales. Mirada que convierte al deseo y la sexualidad femenina en tabúes y que, a partir de los dispositivos del amor romántico, reproduce las desigualdades de género en las relaciones sexuales y afectivas (Esteban y Távora, 2008) y configura la sexualidad femenina desde la pasividad negándole cualquier práctica o deseo ajeno al deseo masculino (Stolke, 2004).

Considerando que, en nuestra cultura, las relaciones de pareja y la sexualidad devienen elementos importantes en la subjetividad personal (Martí y Cazorla, 2016; Esteban y Távora, 2008) y añadiendo el estigma vinculado al DTMG, podemos comprender cómo estas mujeres son colocadas en espacios de mayor desigualdad en las relaciones de pareja, marcadas por el discurso heteropatriarcal, que implica la construcción de relaciones inequitativas, la normalización de la heterosexualidad y la invisibilización de la diversidad sexual.

Resituar a las mujeres con DTMG en el centro de las políticas y acciones sanitarias y sociales

La Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de las esterilizaciones forzadas de las personas con discapacidad incapacitadas judicialmente ha supuesto un primer paso en el reconocimiento de los DSR de las mujeres con diversidad funcional, ya que viene a regular una práctica contraria a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada por la ONU en 2006 y ratificada por España en 2008, y que ha supuesto un abuso y una vulneración de los derechos de las mujeres con discapacidad y con DTMG. Asimismo, el Congreso de los Diputados

de España ha aprobado recientemente el proyecto de ley por el que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, estando ahora en el Senado para continuar con su tramitación parlamentaria (EFE, 2021). Esta reforma pretende suprimir la incapacitación judicial de personas con discapacidad y sustituirla por un modelo de provisión de apoyos que acompañe a la toma de decisiones y que reconozca el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable.

La Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva que se diseñó en 2011 ha tenido un escaso desarrollo, por lo que el Gobierno de España propuso un proceso consultivo con expertas/os a partir del Plan Operativo 2019-2020. Este plan sigue sin atender de forma específica y concreta a las personas con diversidad funcional o con DTMG, lo que contribuye a su invisibilización en las políticas públicas. Asimismo, las Estrategias en Salud Mental a nivel nacional no ahondan en los DSR. En este sentido, es urgente una reedición de ambas estrategias que refuerce el enfoque basado en el derecho de las mujeres con DTMG a decidir de manera libre e informada, el diseño de protocolos de identificación y vulneración de los DSR, así como —en la línea de algunas iniciativas llevadas a cabo por entidades del tercer sector, asociaciones de defensa de derechos y asociaciones de afectadas/os y familiares— la creación de espacios de visibilización y denuncia que contribuyan a garantizar los DSR. Esta cuestión pone a su vez en evidencia la necesidad de establecer alianzas y articular estrategias de trabajo conjunto para el diseño e implementación de programas y recursos que incorporen el movimiento asociativo, el activismo social en la defensa de derechos y a otros actores sociales implicados.

En nuestro estudio, hemos constatado que la categoría trastorno mental grave interactúa con el género para agudizar la opresión, la invisibilización y la vulnerabilidad social de las mujeres en relación con sus DSR. Ante esta circunstancia, proponemos el mapeo, la revisión y la producción de los recursos existentes de educación en salud sexual y reproductiva con el objetivo de fomentar el disfrute pleno e informado de la sexualidad, las relaciones sexuales y afectivas equitativas y la toma de decisiones de manera informada sobre sus maternidades, tal y como se recoge en la legislación, estrategias y programas que consideran los DSR como derechos humanos. Recursos actualmente insuficientes para garantizar los DSR de estas mujeres (Lance et al., 1999; Miller, 1996; Díaz, 2013; Martí y Cazorla, 2016) que muestran este vacío que parte incluso de la escasa reflexión científica sobre esta temática (Palacios et al., 2012; Martí y Cazorla, 2016). Asimismo, resultaría pertinente que los equipos profesionales que acompañan a estas mujeres con DTMG recibieran formación especializada que contribuya a romper con el estigma que las construye como personas sin autonomía, sin deseos, asexuadas e infantilizadas. En este sentido,

se requiere un cambio de mirada y de praxis por parte de estas/os profesionales que restituya a estas mujeres su agencia y capacidad de toma de decisiones sobre sus DSR y que permita transformar las estrategias de control, sobreprotección y negación de capacidades en maneras de acompañamiento que las sitúen en el centro de las intervenciones a partir de un reconocimiento de su voz, experiencias y saberes.

A esto, añadimos la necesidad de desplegar un servicio de salud comunitaria que aborde la inequidad de género desde una mirada interseccional (Díaz, 2013) y los efectos del estigma en la configuración de situaciones de vulneración de los DSR. En este punto, quisiéramos destacar la necesidad de escapar a miradas restrictivas de la salud mental que se construyen desde la exterioridad de quien padece un trastorno a partir de discursos de verdad sobre la vida humana (Rabinow y Rose, 2003) relegados a espacios de exclusividad y experticia sobre los que no pueden opinar quienes los padecen (Ibáñez, 2012). Al contrario, y como hemos señalado previamente, abogamos por poner en el centro a las mujeres con DTMG como agentes que trazan su propia existencia ofreciendo las claves de su padecimiento en las dimensiones personal y relacional. Es necesario, pues, diseñar acciones, en los diferentes niveles de atención social y a la salud, sobre la sexualidad y la reproducción que incorporen el diálogo del saber científico y profesional con las mujeres con DTMG y sus familias para construir en común. Un diálogo que identifique y reconozca sus necesidades desde sus malestares y experiencias vitales y que las haga partícipes en cada uno de los momentos del proceso de intervención comunitario, generando recursos en la propia comunidad para su abordaje y prevención.

Por último, se vuelve pertinente reconocer el rol de las familias y otros referentes próximos a las mujeres con DTMG a la hora de garantizar estos DSR, siendo necesaria para ello la incorporación de acciones de educación y soporte institucional dirigidas a estas familias. Estas acciones estarían igualmente encaminadas a transformar el estigma que se desprende del diagnóstico y que también lleva a las familias a la sobreprotección y a la negación de las capacidades de estas mujeres. El objetivo sería que las familias acompañen, y sean acompañadas, en la toma de decisiones informadas, convirtiéndose así en un agente activo de reconocimiento, defensa y ejercicio de los DSR.

Agradecimientos y financiación

Este proyecto se ha desarrollado en el marco del proyecto InSPIRES, subvencionado por el programa Horizon 2020 de la Unión Europea. Identificador del proyecto: 741677.

Este proyecto forma parte del Science Shop “Dones i Salut Mental” coordinado por el ISGlobal y l’Associació

ció Drets Sexuals i Reproductius. Agradecemos la mirada crítica, compromiso y trabajo colectivo de l’Associació. Agradecemos especialmente a Mireia Amat Escútia y Jordi Baroja Benlliure.

Agradecemos el apoyo de las entidades y de las/os profesionales de salud mental que han colaborado con su mirada reflexiva y comprometida sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Agradecemos el apoyo del Ministerio de Ciencia e Innovación de España a través del Programa Centro de Excelencia Severo Ochoa 2019-2023 (CEX2018-000806-S) y el apoyo de la Generalitat de Catalunya a través del Programa CERCA.

La investigación de María-Jesús Pinazo recibe el soporte del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya (PERIS 2016-2010 SLT008/18/00132).

Referencias

- Alonso, A. y Paleo, N. (2017). Políticas de salud sexual y reproductiva en España: Contra-movimientos. *Revista Española de Sociología*, 26(3), 59-76.
- Biglia, B. y Olivella-Quintana, M. (2014). Evolution and innovation in the sexual and reproductive health services in Catalonia (Spain). *Women’s Studies International Forum*, 47, 309-316.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Correa-Urquiza, M. (2017). El cuerpo silenciado: reflexiones sobre los itinerarios corporales de la locura. En Josep M. Comelles y Enrique Perdiguero-Gil (eds.), *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales* (págs. 321-338). Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- Díaz, E. (2013). *El reflejo de la mujer en el espejo de la discapacidad. La conquista de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca.
- EFE (2021). Luz verde del Congreso a suprimir la incapacitación de personas con discapacidad. *ElDiario.es*, 16 de marzo. https://www.eldiario.es/sociedad/luz-verde-congreso-suprimir-incapacitacion-personas-discapacidad_1_7314314.html
- Esteban, M. L. y Távora, A. (2008). El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Anuario de psicología*, 39(1), 59-73.
- Galdós, S. (2013). La conferencia de El Cairo y la afirmación de los DSR, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 455-460.
- Goffman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires-Madrid: Amorrurtu.
- González de Chávez, M. A. (comp.) (1999). *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*. Madrid: Siglo XXI.
- Hasson, F., Keeney, S. y McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015.
- Ibáñez, T. (2012). La gobernanza: Pieza clave del neoliberalismo avanzado. *Libre pensamiento*, 73, 32-41.

- Jorm, A. F. (2015). Using the Delphi expert consensus method in mental health research. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(10), 887-897.
- Link y Phelan (2014). Stigma Power. *Social Science and Medicine*, 103, 24-32.
- Lance, S. W., Bickmam, N. L. y Carey, M. P. (1999). Sexual coercion among women living with a severe and persistent mental illness: Review of the literature and recommendations for mental health providers. *Aggression and Violent Behavior*, 4(3), 307-317.
- Larrañaga, I., Martín, U. y Bacigalupe, A. (2014). Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SES-PAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(supl. 1), 109-115.
- Martí, M. y Cazorla, P. (2016). Aproximación a la sexualidad de las personas con diversidad mental desde la interdisciplina: derechos y deberes. En D. Carbonero; E. Raya; N. Caparrós y C. Gimeno (coords.), *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.
- Martínez Benlloch, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología*, 34(2), 253-266.
- Miller, L. J. (1996). University of Illinois Women's Program, Chicago: Comprehensive prenatal and postpartum psychiatric care for women with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 17, 1108-1111.
- Miller, L. J. y Finnerty, M. (1996). Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 47, 502-506.
- Moya, A. (2009). La sexualidad en mujeres con discapacidad. Perfil de su doble discriminación. *Feminismos*, 13, junio, págs. 133-152.
- Murillo, I. (2019). Derechos sexuales y Reproductivos (DSR) de las mujeres con discapacidad. *Jornadas Derechos de las Mujeres con Discapacidad y Agenda 2030*. Madrid: COCEMFE. <https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2019/09/Dossier-Derechos-sexuales-y-reproductivos-COCEMFE.pdf>
- Naciones Unidas (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Nueva York: Naciones Unidas.
- OMS (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Ginebra: OMS. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones.
- Palacios, A., Romanach, J., Ferreira, M. A. y Ferrante, C. (2012). Functional diversity, bioethics and sociological theory: a new approach to disability. *Intersticios. Revista sociológica de Pensamiento Crítico*, 6(1), 115-130.
- Petchesky, R. P. y Pollack, R. (1995). From population control to reproductive rights: feminist fault lines. *Reproductive Health Matters*, 6, 152-161.
- Rabinow, P. Y. y Rose, N. (2003). Thoughts on a concept of Biopower Today. https://is.muni.cz/el/fss/jaro2016/SAN106/um/RABINOW_ROSE_BiopowerToday03.pdf
- Reguant-Álvarez, M. y Torrado-Fonseca, M. (2016). El método Delphi. *REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 9(1), 87-102.
- Romita, F. (coord.) (2011). *Derechos Sexuales y Reproductivos. Miradas Feministas en la Agenda del Desarrollo*. Barcelona: Cooperació, Diputació de Barcelona.
- Stolke, V. (2004). La mujer es puro cuento: La cultura del género. *Estudios Feministas, Florianópolis*, 12(2), 77-105.