

# VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES EN EL PARTO HOSPITALARIO: REFLEXIONES PARA EL DEBATE

**Josefina Goberna-Tricas**

Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil. ADHUC—Centro de investigación en Teoría, Género, Sexualidad. Universitat de Barcelona. (*Barcelona, España*)

Correo electrónico: [jgoberna@ub.edu](mailto:jgoberna@ub.edu)



A partir de la segunda mitad del siglo XX, la atención al parto se institucionalizó trasladándose desde el hogar de la gestante al interior del hospital. Ello se debió a una preocupación de las autoridades políticas y sanitarias en conseguir mejores resultados en términos de mortalidad y morbilidad, tanto en la madre como en el recién nacido. En aras de mejorar la seguridad, se animaba a las mujeres gestantes a acudir a los centros sanitarios para dar a luz a sus bebés, coincidiendo con la enorme revolución biomédica acaecida en esa época. La obstetricia investigó lo que sucedía en el interior del útero gestante y el proceso de parto pasó a contemplarse como un fenómeno exclusivamente mecánico.

Sin embargo, durante las últimas décadas del siglo XX, se empezó a cuestionar el modelo institucionalizado y tecnificado de atención sanitaria al nacimiento, puesto que se había convertido la atención a fenómenos fisiológicos como embarazo y parto en la propia de una enfermedad. Ello condujo a un intenso debate internacional. En 2011, *The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood* publicó un informe relacionado con la atención respetuosa a la maternidad en el que se pretendía poner en evidencia una

focalización exclusivamente biológica del concepto de «maternidad segura» dirigido exclusivamente a la mejora de las cifras de mortalidad materno-infantil. En dicho documento, se enfatizaba la necesidad de contemplar los derechos de las mujeres durante embarazo y el parto, respetando su autonomía, dignidad, sentimientos, elecciones y preferencias. Más recientemente, en julio de 2019, el Secretariado General de Naciones Unidas emitía un informe sobre el «Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica».

A finales del mismo año, apareció una nueva situación que ha producido profundos cambios en la atención a la salud y que mantiene el planeta en estado de alarma. La amenaza de la COVID-19. En España, el sistema sanitario se ha tenido que adaptar, de forma urgente, a la atención a embarazos y partos en el seno de un medio sanitario colapsado por la atención a los enfermos de COVID, lo que conlleva una adaptación de los paritorios para la atención tanto a partos de mujeres sanas como de aquellas infectadas por la COVID.

En estas circunstancias, los países de nuestro entorno han desarrollado estrategias variadas para dar atención al embarazo y el nacimiento. De este modo, en países en que no es excepcional el parto en el domicilio, la demanda de este modelo de atención se ha incrementado, mientras que en otros se han adaptado hoteles para la atención al parto. En nuestro medio, se ha producido una recentralización, de modo que algunos hospitales cerraron sus paritorios y el personal que prestaba allí sus servicios se trasladó para atender pacientes con COVID, concentrado en pocos centros un número mayor de partos en salas más o menos aisladas del resto del hospital, dedicado a la atención de los ingresos relacionados con la pandemia.

La atención al parto en el medio hospitalario y la violencia institucional que en su interior se ejerce al medicalizar un proceso fisiológico ha sido un tema ampliamente estudiado antes de la aparición de esta emergencia sanitaria. A esta situación, ahora se añade el estrés del sistema sanitario, que amenaza todavía más los derechos de las mujeres a tener una atención digna con profesionales correctamente protegidos. La *International Confederation of Midwives* publicó el pasado 4 de mayo de 2020 un documento en que pretende llamar la atención a las autoridades sanitarias mundiales acerca de la falta de atención a los derechos de las mujeres en cuestiones relacionadas con la atención al

nacimiento, así como acerca del olvido al que, ante esta situación de estrés sanitario, se ha relegado a matronas y otros profesionales sanitarios que atienden los nacimientos.

La presencia de la COVID-19 constituye un factor fundamental de vulnerabilidad en las mujeres gestantes que se añade a la situación anterior. En estos momentos, debemos preguntarnos ¿Sigue siendo el hospital un lugar seguro para la atención al parto tras la Pandemia por COVID-19? ¿Debemos avanzar hacia otro modelo de atención en entornos independientes de los procesos hospitalarios? ¿Debemos volver al parto domiciliario en aquellos casos sin patologías asociadas?

# PARIR EN CASA EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS

*Home Birth in Times of COVID-19*

Silvia Costa Abós<sup>1</sup>, Mahault Behaghel<sup>2</sup>

Autora correspondencia: Silvia Costa Abós

Correo electrónico: [scosta@ub.edu](mailto:scosta@ub.edu)

1. Doctora en Enfermería. Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona. (*Barcelona, España*)

2. Matrona autónoma especializada en el seguimiento global y la atención de partos en casa. (*Barcelona, España*)

Recibido: 03/06/2020

Aceptado: 15/07/2020



## RESUMEN

A las incógnitas que habitualmente rodean al acto del nacimiento, se añaden ahora nuevas incertidumbres por la pandemia de la COVID-19. Incertidumbre sobre cómo va a afectar a los partos la saturación de los servicios sanitarios o cuál es la mejor manera de actuar. Los protocolos cambian de la noche a la mañana y en algunos hospitales las mujeres gestantes son obligadas a parir en soledad o son separadas de sus bebés nada más nacer. Por todo ello, muchas gestantes a punto de dar a luz están viviendo muy angustiadas la etapa final de sus embarazos. Ante esta situación, no es de extrañar que las peticiones de tener el parto en casa se hayan triplicado en este momento. El objetivo de este trabajo es dar voz a las mujeres, y por ello describimos la experiencia de una mujer gestante que decidió parir en su casa cuando se encontraba casi al final de su embarazo y su vivencia de todo el proceso. A través de una entrevista en profundidad, con varios encuentros, se obtiene un relato profundo y secuencial a partir de la semana 38 de gestación hasta el alumbramiento, que tuvo lugar el 13 de abril de 2020. La experiencia de parir y de acompañar un parto se interpreta como una demostración de las capacidades humanas, de la energía y de las potencialidades de cada persona. Tras esta crisis, consideramos que las autoridades sanitarias deberían replantearse si los hospitales son el mejor escenario para un parto. Una tarea más a la que tendremos que enfrentarnos en un futuro, esperemos, no muy lejano.

*Palabras clave:* parto en casa; matrona, COVID-19.

## ABSTRACT

To the unknowns that usually surround the act of birth, new uncertainties are now added due to the COVID-19 pandemic. Uncertainty about how the saturation of health services will affect your deliveries or what is the best way to act. The protocols change overnight and in some hospitals they are forced to give birth alone or are separated from their babies as soon as they are born. For all this, many pregnant women about to give birth are experiencing the final stage of their pregnancies very distressed. It is not surprising that requests to give birth at home have tripled at this time in Catalonia. The aim of this work is to describe the experience of a pregnant woman who decided to give birth at home almost at the end of her pregnancy and her experience of the whole process. Through the in-depth interview, carried out at various times, the sequential account is obtained from the 38th week of gestation until delivery, which took place on April 13, 2020. The experience of giving birth and accompanying a birth is interpreted as a demonstration of the human capacities, energy and potential of each person. After this crisis, the health authorities should rethink whether hospitals are the best setting for delivery. One more task that we will have to face in the future, we hope, not too far away.

*Keywords:* Home Birth; Midwives; COVID-19.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el aumento del uso de la tecnología sanitaria ha mejorado los resultados perinatales, pero se ha mantenido la tendencia a atender de la misma forma todos los partos, tanto los de bajo riesgo como los de alto, lo que ha supuesto más intervencionismo y medicalización, y que los deseos de las mujeres con frecuencia se subordinen a las prioridades organizacionales (FAME, 2011). De hecho, en España, casi uno de cada cuatro nacimientos, un 25 % del total, se produce mediante cesárea, mientras que la OMS (2015) considera que una cifra justificable no debería superar el 10 % o el 15 %. El número de partos instrumentales es también elevado, con uno de los porcentajes más altos de Europa (Vivas, 2020).

En la actualidad, existe una cierta controversia acerca del mejor lugar donde parir, ya que se está produciendo un leve retorno al parto domiciliario debido al alto nivel de intrusión en el parto normal, lo cual puede generar insatisfacción en la mujer y en su familia con respecto a la experiencia del parto. Hay un sector de la población que pide una atención al parto más personalizada y participativa, ya que quieren que el nacimiento de sus hijos/hijas suceda en un entorno donde sea posible un parto sin intervenciones, en un ambiente agradable, pero con las garantías de seguridad de un hospital (FAME, 2017). Esta tendencia polemiza la medicalización y la aplicación de altas tecnologías en un proceso biológico, haciendo que el parto se transforme y deje de ser un evento fisiológico (Goberna, 2009; Ramírez, 2015; Henshall, Taylor y Kenyon, 2016; Biurrún, 2017; Araújo et al., 2019).

La atención al parto en el Sistema Nacional de Salud español solo está contemplada en el medio hospitalario. Esto no ocurre como en otros países, que tienen centros de nacimiento dirigidos por matronas fuera de los hospitales, aunque próximos a ellos. Dar a luz en estos centros, además de disminuir el riesgo de un contagio aleatorio, ofrece una experiencia de parto óptima en un ambiente menos medicalizado que un hospital (Ruiz Berdún, 2020). Otra de las posibilidades en algunos países de nuestro entorno es la financiación de la atención al parto en casa para aquellas mujeres que lo deseen. Incluso algunos países, entre ellos Reino Unido y Holanda (KNOV, 2020), cuentan con personal específico para ello. Algo que contrasta con nuestro país, en el que constantemente se nos recuerda la peligrosidad del parto a domicilio, a pesar de que la evidencia científica dice lo contrario, admitiendo la iatrogenia de algunas intervenciones obstétricas y por lo tanto

la menor producción de riesgos si estas no se efectúan. Algunos ejemplos pueden ilustrar esta afirmación. La demostración de que el rasurado del vello púbico no evita infecciones, que la episiotomía no reduce el riesgo de desgarros, que la posición de litotomía no favorece el expulsivo, la anestesia epidural no beneficia las contracciones uterinas, la administración de oxitocina a la madre no ayuda al bienestar fetal, y así sucesivamente, es lo que ha inducido a promover algunos cambios (Pinto, 2016; Triuzzi, 2017).

La pandemia de coronavirus (Culp, 2020) ha traído un escenario inédito para las embarazadas y parturientas, así como para los recién nacidos, sus padres y familias. Los mensajes de alarma, la preocupación, el miedo a la infección, las recomendaciones cambiantes y la infodemia o exceso de información suponen un estrés añadido muy importante a la hora de dar a luz e iniciar la lactancia (Olza, 2020). A las incógnitas que habitualmente rodean el acto del nacimiento, se añaden ahora nuevas incertidumbres por la crisis del COVID-19 (O'Connell et al., 2020). Incertidumbres sobre cómo va a afectar a sus partos la saturación de los servicios sanitarios o cuál es la mejor manera de actuar. Muchas gestantes a punto de dar a luz han vivido muy angustiadas la etapa final de sus embarazos (Franco, 2020; Cores, 2020).

La presión asistencial y la sobrecapacidad de los hospitales, así como la falta de experiencia sobre el comportamiento de este virus, han dado lugar en muchos centros a un cambio drástico en los protocolos, que se ha traducido, por una parte, en un mayor intervencionismo obstétrico, con mayores tasas de inducciones, estimulación del parto, partos instrumentales y cesáreas, y por otro, en la limitación o ausencia de acompañante durante el parto o separaciones madre-recién nacidos muy traumáticas y raramente necesarias (Olza, 2020). En varios hospitales de la Comunidad de Madrid, se creó un protocolo de atención al parto según el cual «Dado que durante los pujos activos la exhalación es mayor y no se puede asegurar la efectividad de las mascarillas, se intentará acortar lo más posible la fase activa del expulsivo (kiwi, fórceps...)», una situación que según la abogada Fernández Guillén atenta contra la integridad física de las gestantes y contra los derechos humanos (Fernandez, 2020).

La pandemia ha aumentado el riesgo de sufrir violencia obstétrica y trauma en el parto (Martínez-Mollá, Siles y Solano, 2019). Si en circunstancias normales una de cada tres madres sale del parto con un trauma psíquico, y un 5 % de todas las madres sufren un síndrome de estrés postraumático, esas cifras se han visto incrementadas considerablemente durante la pandemia Covid (Olza, 2020). Podemos citar el testimonio

de dos mujeres que dieron a luz en pleno confinamiento: Ambas coinciden en su agradecimiento por la asistencia que han recibido: «Absolutamente cuidadosa y atenta», explica Isa. «Un trato excelente; yo creo que me arroparon aún más al ver que, por un malentendido, había ido sola a dar a luz», cuenta Ana. Un parto en unas circunstancias muy especiales, cuyo mayor exponente fue el reencuentro con su marido: «Te emocionas, pero mantienes la distancia. Él entró en la habitación y lo primero que hizo fue echarse líquido desinfectante por todas partes, antes casi ni de mirarnos» (EFE, 2020).

Estas prácticas van en contra de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). Este organismo especifica que todas las embarazadas, incluso cuando se sospeche o se haya confirmado que tienen la COVID-19, tienen derecho a tener una experiencia de parto positiva, es decir:

1. Ser tratada con respeto y dignidad.
2. Estar acompañada por una persona de su elección durante el parto.
3. Comunicación clara del personal del servicio de maternidad.
4. Estrategias adecuadas de alivio del dolor.
5. Movilidad en el trabajo de parto, de ser posible, y elección de la postura del parto.

En España existen matronas que de forma privada atienden partos en domicilio (Alcaraz et al., 2018), siendo el coste medio unos 2500-3000 euros en función de la comunidad autónoma (Ortega Barreda et al., 2017). En los partos de bajo riesgo planificados en casa la tasa de cesáreas es cuatro veces menor que la del mismo tipo de partos en el hospital (EDUCER, 2015).

Las matronas están percibiendo un incremento de la demanda para parir en casa y, también, para el acompañamiento a domicilio durante la dilatación y las fases iniciales para reducir el tiempo de estancia en el hospital. En Cataluña, una cincuentena de mujeres ha pedido un parto en casa y se ha dicho que sí a una veintena (ACN.cat, 2020). La matrona y vocal de la Asociación Catalana de Matronas (ACL)<sup>1</sup> y de la Asociación de Matronas de Parto en Casa de Catalunya (ALPACC)<sup>2</sup>, Alba Pallisé, ha asegurado que se ha registrado un aumento de la demanda de partos en casa y que la cifra de peticiones se ha «triplicado» durante el periodo de confinamiento por el coronavirus (NIUS, 2020).

---

<sup>1</sup> Asociación Catalana de Matronas (ACL): <[www.llevadores.cat/](http://www.llevadores.cat/)>.

<sup>2</sup> Asociación de Matronas de Parto en Casa de Catalunya (ALPACC): <<https://llevadorespartacasa.org/en/>>.



El objetivo de este estudio pretende dar voz a estas mujeres y comprender cómo se revela y prospera la decisión de querer parir en casa en el contexto de la pandemia del coronavirus a partir de la vivencia de una pareja que concibe a su primer hijo.

## **METODOLOGÍA**

Ante este contexto, se decidió llevar a cabo un estudio cualitativo (Berengera et al., 2014), con enfoque etnográfico, mediante una entrevista en profundidad realizada por una de las investigadoras de este artículo. La entrevista se desarrolló en tres encuentros de diferente duración (desde unas horas hasta un día entero) y que tuvieron lugar en la vivienda de la entrevistada a partir de la tercera semana tras el alumbramiento. La larga duración de la convivencia con la pareja permitió así mismo una observación directa, de primera mano, además de mantener conversaciones, unas veces más y otras veces menos formales, que han ido desde la charla para mantener la relación y ponerse al día de la situación, hasta las «entrevistas formales» más prolongadas.

En cada visita se estableció un clima de confianza con un diálogo espontáneo, informal al inicio e intercambio de ideas con ambos miembros de la pareja, además de realizar las grabaciones en audio de una hora y media aproximadamente en cada una, lo cual permitió obtener otra información como el lugar donde tuvo lugar el parto, el ambiente, relación y cercanía con los protagonistas en primera persona. Se usó una estrategia de investigación *emic* centrada en las creencias y percepciones vividas por los protagonistas (en este caso la pareja entrevistada) a la que se añadió un enfoque *etic* (desde la perspectiva del observador/investigador) en la interpretación de las percepciones y conclusiones derivadas con el fin de poder aplicarse a las nuevas demandas a las que deberá enfrentarse el sistema sanitario.

Se procedió a transcribir las entrevistas de forma manual por parte de la primera autora de este trabajo, ordenando de forma cronológica la información de las vivencias, decisiones y todo el recorrido desde la semana 38 de gestación hasta inmediatamente después del parto. El proceso de análisis ha consistido en ordenar, estructurar, comparar y dar significado a la información obtenida. Para aumentar la validez del procedimiento, el texto obtenido se envió a la persona entrevistada y también a la matrona que asistió el parto (coautora del estudio) para que pudieran revisar, rectificar o modular el relato final.

De esta manera, se gestionó la triangulación de datos y también de investigadores siguiendo los criterios de calidad en metodología cualitativa (Guba y Lincoln, 2002).

Los principios éticos se guiaron por el respeto a los participantes, solicitud del consentimiento informado para las grabaciones y garantizar el anonimato tanto de la persona como de los datos obtenidos.

Presentar este estudio mediante una sola entrevista, aunque sea en profundidad, puede suponer una cierta limitación en cuanto a la extrapolación de los resultados, pero consideramos que es importante en este momento por la situación de urgencia sanitaria dar voz a la situación en que las mujeres gestantes se ven sumergidas, aunque, evidentemente, deberá complementarse con más estudios que corroboren estos resultados.

### **Datos sociodemográficos**

Se trata de una mujer de 27 años, nacida en Cataluña, con un nivel de formación universitaria en el Grado de Fisioterapia y especial interés en el cuerpo y vida desde una perspectiva integral. Casada desde hace un año y medio con su pareja con quien convive en una población, inmersa en el parque natural de Collserola, cercana a Barcelona.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En este, su primer embarazo, que ha evolucionado con total normalidad, la pareja se plantea, pese a vivir cerca de Barcelona, como mejor opción dar a luz en un Hospital comarcal, del que tienen conocimiento a través de la prensa (Europa Press, 2017), que atiende partos de forma natural respetando la intimidad en un ambiente acorde con las preferencias de ambos:

Yo desde el principio, quizás por romanticismo y porque me gustaba mucho el tema del parto natural, porque a mí me apasiona el tema del cuerpo y yo deseaba tener un parto natural, entonces busqué un hospital donde hicieran un parto natural que quiere decir un lugar que te faciliten lo básico que es darte tiempo, darte luz cálida, darte una acogida y encontré el hospital que cumplía con estos requisitos (Hospital de Martorell) que te acompañaban con aromaterapia, bajando la luz, o sea, que te favorecían el parto. Porque hay hospitales que dicen practicar el parto natural, pero tienen la luz encendida,

el aire acondicionado en marcha, es decir, no tienen en cuenta factores que son muy importantes como la ambientación.

El hospital elegido por la pareja se ajusta a las características propias de «las casas de parto». Las casas de parto son unidades obstétricas de bajo riesgo dirigidas por matronas y que en ocasiones (como esta) se encuentran muy próximas al entorno hospitalario. Desde la década de 1990, ha habido un resurgimiento de estos centros vinculados al sistema sanitario. Los estudios señalan que dar a luz en estos centros aumenta significativamente la probabilidad de tener un parto vaginal, de no necesitar anestesia epidural y de disminuir las intervenciones médicas (Henshall, Taylor y Kenyon, 2016). No obstante, también insisten en que estas unidades deben estar dotadas de personal altamente cualificado y utilizar unos protocolos clínicos bien definidos (López y Jiménez Barragán, 2009). Las casas de parto orientan el cuidado de la mujer en un modelo holístico donde la matrona prioriza la normalidad y evita intervenciones innecesarias.

La conexión con los profesionales que la fueron atendiendo durante el embarazo fueron decisivas en muchos sentidos. La evolución del peso del bebé y la gestión de las emociones tuvo un impacto evidente y generó la confianza necesaria para las decisiones posteriores:

Sí, a mi lo que me movió es que una ginecóloga que me atendía en el embarazo, la que me hacía las ecografías que ella se ha formado en medicina integrativa, en la importancia de las emociones me aconsejó de estar muy positiva y también de que energías yo me alimentaba y a mí en el embarazo me ayudó mucho, como cuando al bebé le costaba crecer me decía «sácate los estreses» y a mi durante el embarazo todo eso me iba muy bien y cuando iba corto de peso pues yo cambiaba de chip o gestionaba estreses y decidía donde ponía la energía y después él aumentaba de peso.

Aproximadamente en la semana 38 de gestación, el escenario cambia drásticamente con el estado de alarma debido a la pandemia del coronavirus, así como la incerteza de dar a luz en las condiciones adecuadas en el lugar escogido:

Pero entonces vino el confinamiento y pensé «calla que no se complique la historia». Además, me hicieron un control y el bebé estaba bastante alto aún y en ese momento yo no me sentía segura de ir a un entorno hospitalario, aunque no tenía información de la parte sanitaria, pensé que un ambiente con todas estas circunstancias ya no era aquel que me imaginaba tranquilo que no

favorecería el parto, de alguna manera. Por la parte de contagio, pero también por cosas que yo estaba empezando a escuchar, por ejemplo, que en San Juan de Dios estaban atendiendo unos 30 partos al día o más con 4 o 5 comadronas, «¡¡esto las hace ir de bólido!!». Y con tanta presión no podrían atender un parto natural como yo deseaba, otra cosa son los partos asistidos. Todo esto hablándolo con mi pareja estuvimos de acuerdo en que no podríamos ir al Hospital en medio de estas circunstancias.

Y en esas circunstancias fue cuando decidió que quería intentar dar a luz en su casa, por lo que contactó con una Asociación de Matronas para concertar una visita y ver si podía obtener alguna respuesta favorable:

En ese momento ya empecé a tramar que lo quería tener en casa y fue en la semana 39, el lunes, que conecté con las comadronas enviando un mail a la Asociación de Comadronas del Parto en Casa y me contestó una comadrona. El miércoles (me hice la ecografía) vinieron a hacer la primera visita a casa para conocernos, para ver como trabajaban y también para saber si había «feeling» con calma ya que quedaban muy pocas semanas y no me quería forzar a tomar una decisión. Pero en la visita del miércoles, ya vi que la manera de ser, de hacer, la manera de argumentar todo el procedimiento con evidencias, incluso los papeles del registro te los facilitaban, lo tenían controlado. Bueno, una gente que trabajan mucho en este tema, con mucha experiencia, están a la última de estudios de todo lo que se hablaba ellas lo corroboraban. Y por supuesto la parte del «feeling» fue muy buena, tenía que ser una persona con la que yo me pudiese sentir cómoda. O sea, en todo el rato que estuvimos aquí hablando yo me sentí muy cómoda, además como mi pareja es extranjera y la comadrona también, es francesa, y ese idioma era el que se podían comunicar a mí eso me dio mucha tranquilidad, ver que se podrían entender bien. Total, que a mí y a mi pareja nos pareció muy bien.

Las comadronas advierten que no todas las demandas se podrán atender, ya que estos partos tienen que ser de bajo riesgo y porque es «muy importante el convencimiento de la pareja; la madre lo tiene que querer y el padre le tiene que dar apoyo» (ACN.cat, 2020). En el contexto del Estado español, son ciertamente prevalentes los discursos de la evidencia científica, centrados en la seguridad frente al riesgo que supone un parto, aunque a veces se muestren resultados contradictorios y a menudo fundamentados en estudios que en realidad no llegan a conclusiones tajantes (Ortega Barreda et al., 2017).

Además, en esa primera visita también aclararon todas las dudas y preguntas que la familia planteaba acerca del parto en casa, que manifestaron abiertamente:

Y también el poder hablar con mi familia que veían el tema de parir en casa como algo antiguo, incluso me preguntaban si estas personas tenían estudios o eran una mafia que me estaban timando, porque lo veían como algo clandestino [...], y esto es ignorancia porque actualmente esto no es así, además de comprobar como estaban al corriente de la actualidad, de los últimos estudios y que no era nada clandestino les tranquilizó además de poderles hacer sus preguntas como si se necesita un lugar estéril, todo el tema de si fuese necesario ir al Hospital y esta gente estaban preparadas con un coche y tenían contactos con diferentes hospitales. Total, que ellas resolvieron sus dudas y nosotros tuvimos claro que queríamos escoger esta opción.

La preocupación de la familia en relación con el parto en casa es evidente, ya que las dudas que plantean surgen del desconocimiento a cerca de este tipo de prácticas, verbalizando el miedo hacia los riesgos que pueden surgir en el proceso y que no son baladíes:

Con todo ello, así como el lunes en el control me dijeron que el bebé estaba muy alto y el parto podía tardar, pero el miércoles después de la visita de las comadronas el bebé empezó a bajar, quizá yo lo vivo de alguna manera romántica, pero de alguna manera el sentir confianza con ellas me relajó y el proceso del parto evolucionó y el bebé empezó a bajar. De hecho, me dijeron ese día que al bebé no le faltaba mucho. Yo a partir de ese miércoles sentí que como había una opción segura pues que el niño bajaba y ya entendí que el proceso del parto se iniciaba. A partir del sábado como me habían dicho que si sientes como cuando te viene la regla, o que necesitas la oscuridad o que no te apetece seguir las bromas y no tienes ganas de hablar. Justo fue el sábado siguiente que fuimos a ver la puesta de sol aquí cerca que sentí que quería estar en la habitación a oscuras y de hecho esa noche empezaron las contracciones que se alargaban durante el día pero que se prolongaron toda la semana. Yo ese sábado por la noche llamé a la comadrona y me dijo que intentase dormir porque o bien te puedes poner de parto esta noche o durante toda la semana. Y efectivamente durante esa semana las contracciones venían por la noche e iban apareciendo durante la mañana. Hasta que el sábado siguiente aparecían contracciones más fuertes y esa noche las viví como dolorosas, además había leído que yo tenía que ayudar al parto y aunque las comadronas me dijeron que intentase dormir yo aquella noche no pegué ojo

porque las contracciones eran cada vez más fuertes. Y la instrucción de que «llama a las comadronas cuando las contracciones duren un minuto y yo estaba en la cama y, claro, yo no sabía si me duraban un minuto, diez o dos. Pero yo el parto lo vivía como que tenía que ayudar, o sea, el cuerpo, que tenía que contactar con mi hijo y le preguntaba ¿si quieres salir dímelo? y notaba que el útero me apretaba.

A partir de la primera visita de las matronas, el proceso de parto se puso en marcha una semana después. No es lo habitual en los protocolos de las matronas aceptar la atención a un parto en casa en una gestación tan avanzada, ya que el contacto con la gestante se suele iniciar desde el inicio del embarazo con visitas mensuales. En este caso, debido a la situación excepcional ocasionada por la pandemia del coronavirus, todo ocurrió a partir de la 39 semana de gestación, es decir, casi al inicio del parto.

Al día siguiente conecté con la comadrona y le dije que había pasado muy mala noche y que no me veía capaz de pasar otra noche así porque no tanto por el dolor sino porque estaba bloqueada de si el bebé quería salir y lo de descansar no lo entendía, más bien tenía que ser proactiva y no lo entendía. Por la mañana sentía que todo se estaba preparando pero que yo no me acababa de poner de parto y esto me hizo remover ciertas emociones [...]. Algo que me gustó mucho de la comadrona es que me preguntó si yo tenía alguna situación o conflicto que me pudiese estar bloqueando, ¿No? Y al decirme esto pues me removió cosas que tenía que tratar o expresar o hacer salir que ahora mismo no me acuerdo de que eran pero que si me ayudo a conectarme con ciertas cosas que me estaban bloqueando un poco. Entonces me dijo, puede que esta noche tenga que venir o que todo se calme. Y esa noche todo se calmó, pero justo después durante el día siguiente ya vinieron contracciones de las que ya no puedes ni hablar y entonces fue cuando hablo con mi pareja y le dijo que yo no me tenía que preocupar y que fuese él que la llamase cuando considere que yo ya estaba de parto. Es que, claro, me dijeron que cuando yo quisiera que estuviesen a mi lado las llamase, pero por otro lado yo sabía que no hacía falta tenerlas a mi lado al inicio del parto. De todas formas, la comadrona me vino a ver y comprobó que esas contracciones ya eran de parto porque yo ya empezaba a dilatar, pero dijo, bueno, igual puede ser esta noche o la próxima. Por la tarde las contracciones seguían y la llamamos y ella me vino a ver y me trajo todo el material: la piscina, la pelota, la sillita. De nuevo dijo que había que esperar a ver si continuaba o todo se para, ese domingo por la tarde yo estaba en la fase de dilatación.

Para las matronas, el parto en casa se fundamenta, sobre todo, en «una cuestión de confianza». Confiar en una misma, confiar en el proceso, en el cuerpo, en el bebé, confiar en quien está acompañando, y esperar que quien acompañe también se muestre seguro y confiado. En el momento del parto, la capacidad de «entrega», de «dejarse ir», de «atravesar el dolor» o de «desconectar» de pensamientos racionales se suele relacionar con la confianza en todos los elementos que participan en un parto. Esta confianza, sin embargo, no es automática, ni tampoco innata, sino que se va construyendo. Por un lado, el conocimiento previo entre profesionales y parejas sirve para generar una relación de confianza que se considera fundamental para un buen desarrollo de todo el proceso. La consideración y el respeto mutuo, ganados en los encuentros en el embarazo, permiten, como mínimo, que las parejas crean en el saber hacer profesional y las matronas en la convicción materna y paterna de tener el parto en casa. A ello se añade a menudo el establecimiento de una relación afectiva (Triuzzi, 2017).

Entonces usé la pelota que todo y estar en fase de dilatación no lo pasé tan mal y una vez aumentaban los cms. de dilatación continuaba con la piscina que esto yo no lo sé a ciencia cierta en qué momento de dilatación hay que sumergirse pero que las comadronas si lo saben. A la piscina entré dos veces, la primera que entré pues estaba allí bien, ¿pero era como que la comadrona me iba proponiendo cosas no? Como puedes ponerte así o asa o podemos ir a la piscina, es que en general a mí me ayudó mucho la comadrona además del «feeling» que teníamos pues la manera de plantear cada opción. Y sobre todo me fue muy bien que cuando estaba bloqueada fuese tan directa, como ¿hay algo que te bloquea?, o sea, no me intentase consolar, sino que de alguna manera me pusiese las cosas claras y por otra, que me diese la comodidad de que me sentía como en casa. Entonces estuve un rato en la piscina y ella me propuso ¿quieres que salgamos a dar un paseo? O si quería subir y bajar escaleras o lo que fuera, no sé, a ratos. Y entonces en la piscina, cuando me venía una contracción aquello que te comentaba de que sacaba aire o la expulsaba, me dio la sensación de que yo tenía que «empujar» como ayudar a salir y entonces me invadió una sensación de que «empujar» a mí me daba respeto, o sea, ¿el momento de que el bebé pase da respeto y fue cuando lo compartí no? Tenía miedo.

La matrona llegó a las 20h y todo eso ocurría sobre las 23h de la noche, que fue la hora que ella consideró que realmente me había puesto de parto.

Y en ese momento las contracciones eran realmente más intensas y no era por el dolor, que iba respirando y exhalando, sino porque estaba como bloqueada, no sabía cómo ponerme y tenía la sensación como de estar reteniendo la contracción. Es decir, no tenía miedo pero había algo en mi cabeza que me bloqueaba y me dijo pues, vale salimos a dar un paseo y ella me comentó: «piensa que el espacio para que él paso ya existe, no es que la pelvis se tenga que abrir 20 cm. y que a lo mejor si se abre es 1 o 2 cm. máximo, o sea, piensa que el canal ya está que lo que se ensancha puede ser el final de la vagina como cuando hay desgarros pero que el suelo pélvico se ha de relajar y la tendencia es que lo tenséis cuando ha de ser al revés. Y durante el paseo también me preguntó ¿hay algo que te bloquee? Y en ese momento lo que yo sentía lo expresé y entre una cosa y la otra, al llegar me propuso ¿quieres volver a la piscina? Y le dije que sí y mientras me introducía iba pensando en no tener miedo, en no bloquearme porque antes había sentido dolor y me fui concienciando de lo que me había dicho sobre el canal que ya estaba, de alguna manera lo visualizaba todo el proceso además de que había liberado al expresar mis sentimientos. Y entonces, en ese momento, me pararon las contracciones y entonces me quedé con la duda, me vino otro tipo de miedo y le pregunté ¿pero si se para el parto tendré que empezar otra vez mañana? Y me dijo, no, no, todo lo que ya has hecho no se perderá, pero déjame hacerte un tacto a ver si has perdido cm. o no. Entonces me miró y me dijo, no sé qué has hecho, pero estás dilatada al completo, parirás esta noche. Al entrar en la piscina se te han parado las contracciones, mejor salir y empezar a activar y así volví a la pelota, fui a caminar por las escaleras, varias cosas y se fue reactivando todo. Además, en ese último tacto me dijo que la bolsa de líquido amniótico se había abierto y que eso ayudaría aún más al proceso de parto y que la cabeza estaba bien situada pero que no se bien que hizo, pero acabó de encararlo mejor.

En los encuentros dedicados a hablar del parto, las matronas acompañan las explicaciones de todo el proceso con ejemplos múltiples de su experiencia con otras mujeres. Se pretende transmitir, entre otras cosas, que cada parto es diferente, que puede no doler pero que en la mayoría de los casos duele, que el dolor constituye solo una mínima parte de una vivencia mucho más compleja, que la perfección no existe y que cada una lo vivirá a su manera, pudiendo siempre constituir una fuente de aprendizaje.

A continuación, me dijo, vale, ahora las contracciones no te harán tanto daño porque son las de expulsión que son diferentes a las de dilatación que son muy agudas, pero son diferentes. Yo en la expulsión pasé dolor intenso igual,



pero lo viví diferente, no sé, en el momento en que el bebé se encaja te duele todo el sacro o también el probar diferentes posiciones, me acuerdo de que al sentarme en el taburete sentía mucho dolor en el sacro por la presión de la criatura. Y una cosa que me ayudo es cuando le pregunte ¿pero en el expulsivo las contracciones serán más fuertes? Y me contestó, serán más intensas, pero a la vez tendrás más fuerza para responder y esto me dio coraje, me ayudó a conectar. Fui probando diferentes posiciones, ahora con la pelota, luego estirada, también con el taburete y tener a alguien delante para hacer presión ya fuese mi pareja o la comadrona para empujar mejor cuando venía la contracción y al final, ¡empujando estuve 3 horas! Claro, el diámetro de la cabeza del bebé era grande, como vimos después y esto es un factor que dificulta que salga el bebé. Pues eso, fue ir probando diferentes posiciones y yo que estaba como reventada y al final, la mejor posición fue la de estirada en la cama, en decúbito lateral, con la pierna haciendo presión contra la comadrona. Lo más importante fue la tranquilidad de saber que estás con gente muy profesional, de que hay un «feeling» mutuo, las respuestas ante cada situación de bloqueo que tuve y como las gestionaron. Ellas ya detectan la situación del parto y si hubiesen visto cualquier riesgo habrían actuado.

## CONCLUSIONES

La idea fundamental que sustenta la decisión de un parto en casa es la convicción de que las mujeres pueden y saben parir, y que los bebés pueden y saben nacer. Del parto se habla en términos de poder, de fuerza, de misterio, de oportunidad de crecimiento y de aprendizaje, de un repaso repentino de todo lo vivido o de un «viaje» por la existencia vivida. La experiencia de parir y de acompañar un parto se interpreta como una demostración de las capacidades humanas, de la energía y de las potencialidades de cada persona. Parir se convierte, sobre todo para ellas, en una constatación de su propia fuerza. Después del parto no es raro que las mujeres se sientan reforzadas en su autoestima, más capaces de enfrentarse a situaciones difíciles, más «poderosas».

Tras esta crisis sanitaria y la situación de miedo y ansiedad a la que las mujeres gestantes se han visto sometidas, además del riesgo biológico que puede suponer que una mujer sana y su pareja deban convivir en un medio hospitalario en el que se atienden a enfermos infecciosos, las autoridades sanitarias deberían replantearse si los hospitales son el mejor escenario para un parto que se considere de bajo riesgo, ya que la pandemia del coronavirus ha puesto de relieve y en el punto de mira otras deficiencias detectadas

anteriormente derivadas de la alta tecnología y medicalización de los partos en general. Cada vez son más las voces que reclaman una humanización de la asistencia, en general, y de los procesos de parto en entornos más naturales, asistidos de forma segura, pero sin olvidar el protagonismo y la capacidad de decisión de las propias mujeres en todo el proceso. Una tarea más a la que tendremos que enfrentarnos en un futuro, esperemos, no muy lejano.

## BIBLIOGRAFÍA

- ACN.CAT. Parir en casa, la solución contra el coronavirus. En: *Diari Més Digital* [en línea]. 29 marzo de 2020. [Consulta: 22 mayo 2020]. Disponible en: [<www.diarimes.com/es/noticias/actualidad/cataluna/2020/03/29/parir\\_casa\\_solucion\\_contra\\_coronavirus\\_79265\\_3029.html?>](http://www.diarimes.com/es/noticias/actualidad/cataluna/2020/03/29/parir_casa_solucion_contra_coronavirus_79265_3029.html?>).
- ALCARAZ, L., et al. *Guía de asistencia al parto en casa* [en línea]. Barcelona: Associació Catalana de Llevadores, 2018. [Consulta: 22 mayo 2020]. Disponible en: [<llevadorespartacasa.org/wp-content/uploads/2018/06/Guia\\_PartCasa\\_2018.pdf>](http://llevadorespartacasa.org/wp-content/uploads/2018/06/Guia_PartCasa_2018.pdf).
- ARAÚJO, B. R. O., et al. Entre ritos e contextos: Decisões e significados atribuídos ao parto natural humanizado. En: *Cultura de los Cuidados*. 2019, vol. 23, núm. 54, pp. 206-216.
- BERENGUERA, A. *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud*. [en línea] Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2014. Disponible en: [<saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>](http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf).
- BIURRUN GARRIDO, A. *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol* [en línea]. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2017. [Consulta: 3 julio 2020]. Disponible en: [<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG\\_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- CORES, N. F. Nacer en tiempos de coronavirus: «Pedí quitarme la mascarilla porque no podía respirar. Les dije: “Yo así no puedo parir”». En: *20 Minutos. Salud* [en línea]. 14 abril 2020. [Consulta: 22 mayo 2020]. Disponible en: [<https://www.20minutos.es/noticia/4225644/0/nacer-en-tiempos-de-coronavirus/>](https://www.20minutos.es/noticia/4225644/0/nacer-en-tiempos-de-coronavirus/>).
- CULP, W. C. Coronavirus Disease 2019. En: *A & A Practice*. 2020, vol. 14, núm. 6.
- EDUCER. El parto en casa planificado. En: *El blog del parto en casa* [en línea]. 2015. [Consulta: 2 junio 2020]. Disponible en: [<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-parto-en-casa-planificado>](https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-parto-en-casa-planificado).
- EFE, 2020. Parir en tiempos de coronavirus: dos madres cuentan su experiencia. En: *ABC* [en línea]. 31 marzo 2020. [Consulta: 22 mayo 2020]. Disponible en: [<www.abc.es/familia/bebes/abci-parir-tiempos-coronavirus-madres-cuentan-experiencia-202003310150\\_noticia.html>](http://www.abc.es/familia/bebes/abci-parir-tiempos-coronavirus-madres-cuentan-experiencia-202003310150_noticia.html).

- EUROPA PRESS, 2017. Un hospital de Martorell abrirá una casa de partos gestionada sólo por matronas. En: *La Sexta.com* [en línea]. 2017. [Consulta: 8 julio 2020]. Disponible en: <[www.lasexta.com/noticias/sociedad/hospital-martorell-abrira-casa-partos-gestionada-solo-matronas\\_201705265927f4770cf20292e7dff5c.html](http://www.lasexta.com/noticias/sociedad/hospital-martorell-abrira-casa-partos-gestionada-solo-matronas_201705265927f4770cf20292e7dff5c.html)>.
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA. La evidencia científica lo avala: el parto en casa es seguro [en línea]. Madrid: FAME, 2017. Disponible en: <[apromap.com/nota-de-prensa-fame-parto-%0Aen-casa/](http://apromap.com/nota-de-prensa-fame-parto-%0Aen-casa/)>.
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA. Iniciativa Parto Normal [en línea]. [Consulta: 29 mayo 2020]. Madrid: FAME, 2011. Disponible en: <[www.federacion-matronas.org/informacion-de-interes-para-profesionales/iniciativa-parto-normal-de-la-fame/](http://www.federacion-matronas.org/informacion-de-interes-para-profesionales/iniciativa-parto-normal-de-la-fame/)>.
- FERNÁNDEZ, F. Coronavirus y parto, las mujeres mantienen su derecho a decidir. Primeros protocolos de partos en la Comunidad de Madrid al principio del COVID-19 [en línea]. En: *Francisca Fernández Guillén* [Blog]. 2020. Disponible en: <[www.franciscafernandezguillen.com/post/coronavirus-y-parto](http://www.franciscafernandezguillen.com/post/coronavirus-y-parto)>.
- FRANCO, L. El miedo al contagio por coronavirus aumenta el interés por los partos en casa. En: *El País* [en línea]. 21 mayo 2020. [Consulta: 22 mayo 2020]. Disponible en: <[elpais.com/elpais/2020/05/21/mamas\\_papas/1590040313\\_226582.html](http://elpais.com/elpais/2020/05/21/mamas_papas/1590040313_226582.html)>.
- GOBERNA TRICAS, J. *Dones i procreació: ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement* [en línea]. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2009. [Consulta: 3 julio 2020]. Disponible en: <<https://www.tesisenred.net/handle/10803/1762#page=1>>.
- GUBA, E.; LINCOLN, Y. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: DENMAN, C.; HARO, J. A. (eds.). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora, 2002, pp. 113-145.
- HENSHALL, C.; TAYLOR, B.; KENYON, S. A systematic review to examine the evidence regarding discussions by midwives, with women, around their options for where to give birth. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016, vol. 16, núm. 1.
- KONINKLIJKE NEDERLANDSE ORGANISATIE VAN VERLOSKUNDIGEN (KNOV). Midwifery in the Netherlands [en línea]. 2020. [Consulta: 22 mayo 2020]. Disponible en: <<http://www.knov.nl/samenwerken/tekstpagina/489-2/midwifery-in-the-netherlands/hoofdstuk/463/midwifery-in-the-netherlands/>>.

- LÓPEZ, G.; JIMÉNEZ BARRAGÁN, M.. Las casas de parto dentro del sistema hospitalario. En: *Matronas profesión*. 2009, vol. 2, pp. 12-15.
- MARTÍNEZ-MOLLÁ, T. M.; SILES, J.; SOLANO, M. Evitar la violencia obstétrica: motivo para decidir el parto en casa. En: *MUSAS*. 2019, vol. 4, núm. 2, pp. 53-77. Disponible en: <<https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.4>>.
- NIUS. Se triplica la demanda de partos en casa durante el confinamiento en Cataluña. En: *Niusdiario.es* [en línea]. 9 mayo 2020. [Consulta: 29 mayo 2020]. Disponible en: <[https://www.niusdiario.es/sociedad/sanidad/triplica-demanda-partos-casa-confinamiento-cataluna\\_18\\_2943945026.html](https://www.niusdiario.es/sociedad/sanidad/triplica-demanda-partos-casa-confinamiento-cataluna_18_2943945026.html)>.
- O'CONNELL, M., et al. Midwives in a pandemic: A call for solidarity and compassion. En: *Women and Birth*. 2020, vol. 33, núm. 3, pp. 205-206.
- OLZA, I. Sanar el trauma del parto en tiempos de pandemia. En: *iboneolza.org* [en línea]. 14 mayo 2020. [Consulta: 22 mayo 2020]. Disponible en: <[iboneolza.org/2020/05/14/sanar-el-trauma-del-parto-en-tiempos-de-pandemia/](http://iboneolza.org/2020/05/14/sanar-el-trauma-del-parto-en-tiempos-de-pandemia/)>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato en el parto. [en línea]. Ginebra: OMS, 2014. Disponible en: <[www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/)>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Statement on caesarean section rates [en línea]. Ginebra: OMS, 2015. Disponible en: <[www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/)>.
- ORTEGA BARREDA, E., et al. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. En: *ENE Revista de Enfermería*. 2017, vol. 11, núm. 1.
- PINTO, I. *Parto domiciliario, ¿una elección de futuro?* [Trabajo Fin de Grado]. Jaén: Universidad de Jaén, 2016. Disponible en: [http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2882/1/Inmaculada\\_Pinto\\_Ortiz\\_TFG.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2882/1/Inmaculada_Pinto_Ortiz_TFG.pdf)
- RAMÍREZ, C. *Parto en Casa Planificado con Asistencia Profesional: Recuperando el Protagonismo*. [Memoria Fin de Grado] Santiago de Chile: Universidad de Chile, 2015. Disponible en: <<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/140306/tesis%20carla%20ramirez%20%281%29%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

RUIZ BERDÚN, D. Parir en tiempos de coronavirus: por qué en el Sistema de Salud español solo se puede dar a luz en hospitales. En: *The Conversation* [en línea]. 23 abril 2020. [Consulta: 31 mayo 2020]. Disponible en: <<https://theconversation.com/parir-en-tiempos-de-coronavirus-por-que-en-el-sistema-de-salud-espanol-solo-se-puede-dar-a-luz-en-hospitales-135711>>.

TRIUZZI, S. Parir en casa. *Un estudio antropológico de la atención domiciliar al parto en el contexto andaluz*. [en línea]. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2017. [Consulta: 28 mayo 2020]. Disponible en: <<https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/69709>>.

VIVAS, E., 2020. El parto en tiempos de covid-19. En: *El Periódico* [en línea]. 15 abril 2020. [Consulta: 22 mayo 2020]. Disponible en: <[www.elperiodico.com/es/opinion/20200415/embarazo-parto-coronavirus-covid-19-esther-vivas-7928942](http://www.elperiodico.com/es/opinion/20200415/embarazo-parto-coronavirus-covid-19-esther-vivas-7928942)>.

# EL EMBARAZO COMO SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: PERSPECTIVA DE LAS MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE SU CAPACITACIÓN EN DETECCIÓN Y ABORDAJE<sup>1</sup>

*Pregnancy as a Situation of Vulnerability to Gender-Based Violence: The Perspective of Primary Care Midwives on Their Training in Detection and Response to IPV*

María Analía Gómez-Fernández,<sup>1</sup> Montserrat Payà-Sánchez,<sup>2</sup> Mónica Isidro-Albaladejo,<sup>3</sup> María García-del Arco,<sup>4</sup> Raquel Molina-Ordoñez,<sup>4</sup> Pilar Cabrera-García<sup>4</sup>

Correo electrónico: [analiagomez2@yahoo.es](mailto:analiagomez2@yahoo.es)

1.- Atención Primaria, Sector Zaragoza III. Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol) (*Barcelona, España*).

2.- Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Instituto de Investigación en Educación. Facultad de Educación. GREM: Grupo de investigación en Educación Moral. Universitat de Barcelona (*Barcelona, España*).

3.- Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona. Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) Baix Llobregat Centre. Institut Català de la Salut. Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol) (*Barcelona, España*).

4.- Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) Delta de Llobregat. Institut Català de la Salut. Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol) (*Barcelona, España*).

Recibido: 23/02/2020 Aceptado: 20/04/2020



<sup>1</sup> La investigación que ha dado lugar a estos resultados ha sido financiada por el proyecto Recercaixa (2016ACUP 0083). Y financiada parcialmente por la Fundación Enfermería y Sociedad en el marco de las Ayudas a la Investigación Enfermera (PR-050/16). Este trabajo deriva de la Tesis doctoral de la Primera Autora. Resultados preliminares del trabajo fueron presentados como comunicación tipo poster en el XVIII Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España, celebrado del 06 al 08 de junio de 2019 en Málaga.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** Las matronas están en una posición privilegiada para identificar y abordar la violencia de género, pero para ello necesitan la formación adecuada. **OBJETIVO.** El objetivo de este trabajo es conocer la formación realizada por las matronas sobre violencia de género, la percepción de su capacitación para detectar y abordar la violencia de género y sus necesidades formativas. **METODOLOGÍA.** Estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico interpretativo. Se hicieron entrevistas en profundidad a doce matronas que trabajan en atención primaria. **RESULTADOS.** Las matronas tienen formación y conocimientos sobre violencia de género, obtenidos mayoritariamente gracias a la formación continuada y su experiencia profesional. Sin embargo, esta formación no es suficiente para sentirse capacitadas para la detección y abordaje de la violencia de género. **CONCLUSIONES.** Las matronas tienen interés por mejorar su formación y capacitación en cuanto a la detección y abordaje de la VG. Sería deseable disponer de un programa de formación continuada en violencia de género para las matronas con un carácter flexible y polivalente para adaptarse mejor a sus intereses formativos.

*Palabras clave:* violencia contra la mujer; embarazo; matrona; formación; investigación cualitativa.

## ABSTRACT

**BACKGROUND.** Midwives are in a privileged position to identify and help women who suffer from gender violence. However, suitable training is required. **AIM.** The aim of this article is to identify the training they have received on IPV, how they perceive their skills for detecting and addressing IPV, and to determine their training needs regarding IPV. **METHOD.** Qualitative methodology with an interpretative phenomenological approach. In-depth interviews were conducted with twelve primary care midwives. **RESULTS.** The midwives have IPV training and knowledge obtained in most cases through continuous learning and through years of clinical experience. However, it has not been enough for these midwives to feel equipped to adequately detect and address IPV. **CONCLUSIONS.** The midwives would like to improve their training and skills to better detect and address IPV. It would be ideal to have a continuous training program on IPV for midwives that is flexible and varied enough to fit their training interests.

*Keywords:* Violence Against Women; Pregnancy; Midwives; Training; Qualitative Research.



## INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) es definida por las Naciones Unidas en 1993 como «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada». La VG tiene una elevada prevalencia: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial, el 30% de las mujeres que han estado en una relación pareja han experimentado alguna forma de violencia (OMS, 2017). En España, una encuesta a 10171 mujeres determinó que el 12,5% habían sufrido VG en algún momento de su vida (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015). Durante el embarazo, según un metaanálisis, el 28,4% de las gestantes sufren violencia psicológica, el 13,8% física y el 8,0% abuso sexual (James, Brody, y Hamilton, 2013). La OMS (2013) define la VG como un problema de salud pública porque afecta a la salud física de las mujeres (a causa de las lesiones directas o por somatización) y a su salud mental (provocando depresión, ansiedad, entre otros). La VG es especialmente preocupante durante el embarazo puesto que puede provocar aborto, parto prematuro o incluso muerte neonatal (OMS, 2011).

Las matronas de atención primaria (AP) son el primer punto de contacto de las mujeres embarazadas con el Sistema Nacional de Salud español (SNS); en Cataluña son el profesional de referencia del seguimiento y control del embarazo normal (Generalitat de Cataluña, 2007). En el 2009, el SNS incluyó como competencia de las matronas «detectar situaciones de VG, atendiendo a las necesidades que presenten las mujeres en esta situación» (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009), pero para ello se necesita una formación adecuada. En ese mismo sentido, las Naciones Unidas señalan que la capacitación en VG es particularmente importante para los profesionales de la salud que trabajan en las áreas de obstetricia, ginecología y salud sexual (2011). Por su parte, la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género del 2004 determina que todas las disciplinas universitarias sanitarias deben incorporar contenidos para la formación en prevención, detección y apoyo a las víctimas, y que se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario (Jefatura del Estado, 2004).

Conocer la capacitación y las necesidades formativas de las matronas asistenciales permitirá diseñar futuros programas de formación continuada sobre detección y abordaje de la VG en el embarazo, integrando la perspectiva práctica (favoreciendo la correspondencia entre la formación y las necesidades e intereses del público al que va dirigida) y la perspectiva teórica (atendiendo a las necesidades formativas y a las metodologías de enseñanza-aprendizaje idóneas según la experiencia del profesorado universitario). Para ello, previamente al trabajo que se presenta, se examinó la presencia de contenidos relacionados con VG y la profundidad con la que se abordan en la Licenciatura en Enfermería y en el programa de especialización de Matrona en Cataluña, que, aunque adecuada, requiere ser ampliada (Gómez-Fernández, Goberna-Tricas, y Payà-Sánchez, 2017).

El objetivo del presente trabajo se centra en conocer a través de las narraciones de las matronas de atención primaria la formación que han realizado sobre VG, así como su percepción en relación a su nivel de capacitación en la detección y abordaje de la VG. Conjuntamente, profundizar en sus necesidades formativas sobre VG.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño**

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo (Mackey, 2005). Pretendiendo comprender las necesidades de capacitación para la detección de la VG durante el embarazo de las matronas de acuerdo con su experiencia.

### **Ámbito**

Los dos centros de AP con titularidad pública que prestan asistencia a la salud sexual y reproductiva del municipio de L'Hospitalet de Llobregat (L'H). L'H es un municipio de la provincia de Barcelona (España) con 257000 habitantes. Su población es muy heterogénea, con una gran diversidad cultural: el 18,66% de la población ha nacido fuera de España (Generalitat de Catalunya, 2017). En ambos centros, trece matronas prestan asistencia a una media de 2100 mujeres embarazadas cada año.

El trabajo se llevó a cabo entre octubre del 2016 y febrero del 2017.

## Recogida de datos

En un primer momento, se contactó con la responsable de formación de la institución sanitaria para obtener información referida a los cursos y jornadas con contenidos en VG realizados desde la propia institución en los últimos 5 años. Se revisaron los programas formativos, determinando el año en que se llevó a cabo, el número de horas impartidas, los temas tratados y la metodología empleada. Seguidamente, en una reunión de equipo, se presentó el estudio a todas las matronas, explicando sus objetivos y la metodología y solicitándoles su colaboración. A continuación, se concretó vía correo electrónico día y hora para realizar una entrevista individual en profundidad cara a cara con cada matrona. Las entrevistas fueron realizadas por la misma investigadora (la cual pertenece al grupo de matronas de AP) y grabadas digitalmente. La duración promedio fue de ochenta minutos. Se tomaron notas de campo durante el proceso. Se utilizó un guion de preguntas abiertas que actuaron como pregunta estímulo (se recoge en la **tabla 1**). Las entrevistas fueron realizadas en espacios privados del centro de trabajo de las participantes. No hubo necesidad de repetir ninguna entrevista. La saturación se alcanzó a partir de la décima entrevista, a partir de la cual se siguió con el proceso de categorización.

**Tabla 1.** Guía temática de las entrevistas

¿En qué año terminó sus estudios de enfermería y en qué año la especialidad de matrona?
¿Cuál ha sido su trayectoria profesional?
Durante su formación reglada ¿recibió formación sobre VG?
¿Ha realizado formación continuada sobre VG?, ¿qué contenidos le han ayudado en su práctica y cuáles ha encontrado a faltar?
En su opinión, ¿está extendida la VG en las gestantes que asiste?, ¿cuáles son los riesgos de la VG durante el embarazo?
¿Cómo detecta y aborda los casos de VG?
En su opinión, ¿cuáles son las necesidades formativas de las matronas?
Según su experiencia ¿qué propuestas haría para el diseño de futuros programas formativos?

## Sujetos de estudio

Se entrevistaron a todas las matronas de AP de L'H. Las características de las entrevistadas pueden observarse en la **tabla 2** (identificadas como e1-e12). Todas son mujeres, tienen una relación laboral permanente con la institución y experiencia previa en el ámbito hospitalario.

**Tabla 2. Características de las matronas entrevistadas.**

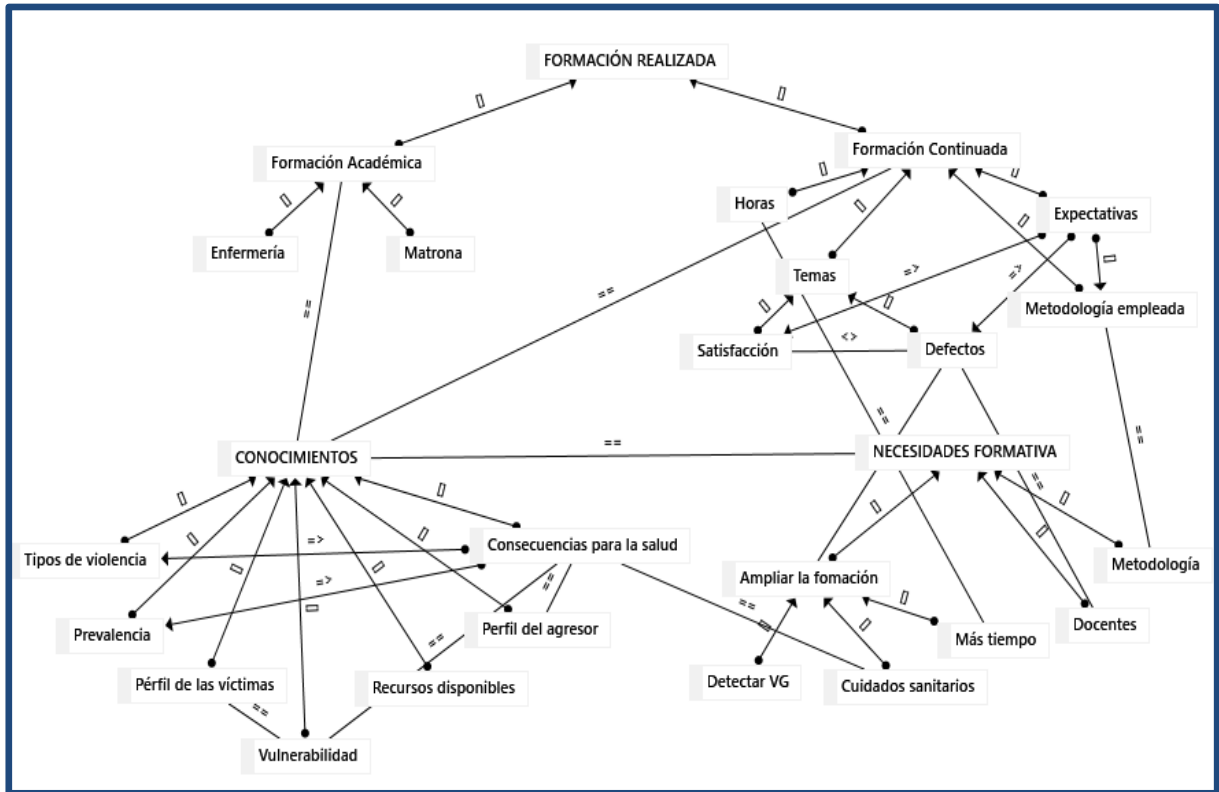
Matrona	Edad	Enfermería <sup>a</sup>	Matrona <sup>b</sup>	Matrona en atención primaria <sup>c</sup>
e1	60	1977	1979	15
e2	59	1978	1981	17
e3	59	1978	1982	26
e4	58	1982	1984	20
e5	56	1982	1985	24
e6	56	1982	1986	27
e7	55	1983	1986	30
e8	53	1985	1987	14
e9	53	1985	1996	20
e10	41	1996	1998	13
e11	39	1998	2013	2
e12	34	2003	2008	8

Nota: **a** año de finalización de los estudios de enfermería; **b** año de finalización de los estudios de matrona; **c** años de experiencia como matrona en atención primaria

## Análisis

Tras la transcripción textual de las grabaciones, los textos fueron enviados vía correo electrónico a las entrevistadas (las cuales hicieron modificaciones mínimas). El análisis de las entrevistas se basó en lo que refirieron las matronas y en el sentido que ellas mismas fueron generando al reflexionar sobre su ejercicio profesional. La información fue analizada con un enfoque inductivo: descubrimiento, codificación de los datos y relativización (Taylor & Bogdan, 1987). Tres de las investigadoras identificaron de forma independiente los códigos iniciales para posteriormente hacer una puesta en común y consensuar aplicaciones (es de mencionar que el grado de acuerdo fue elevado). Con el apoyo del programa Atlas-Ti v.7.5.10 se procedió a sistematizar la codificación, estableciendo las relaciones entre categorías y subcategorías, como se recoge en la **figura 1**. Así se obtuvieron tres categorías de códigos y veintitrés subcategorías o unidades de significado.

**Figura 1.** Árbol de codificación. Las cuatro categorías de códigos, veintiséis subcategorías y la relación entre ellos



Nota: [] Es parte de; => Es causa de; == Está asociado con

### Criterios de rigor de la investigación

Para garantizar la confiabilidad de la investigación, se tuvo en cuenta los siguientes criterios de rigor: la credibilidad (se pudo entrevistas a todas las matronas de AP que realizan asistencia en L'H); la fiabilidad (las autoras se reunieron en diversas ocasiones para consensuar el análisis de la información y triangular la aplicación de los códigos); la transferibilidad (se ha descrito minuciosamente el proceso de obtención y análisis de datos); y la confirmabilidad (se dispone de las grabaciones, transcripciones, notas de campo, diario de investigación y análisis para su contraste) (Graneheim y Lundman, 2004; Skrtic, 1985).

### Aspectos éticos

Previamente a la realización de la investigación, se obtuvo la aprobación del proyecto por parte de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (IRB00003099) y del Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol (P15/129). Cuando las matronas aceptaron ser entrevistadas, se les facilitó una hoja informativa sobre la

investigación y se solicitó su consentimiento por escrito para grabar la entrevista, asegurando el anonimato cuando los datos fueran publicados. Las dudas fueron atendidas por la entrevistadora. Se puso a disposición de las matronas los datos de contacto de las investigadoras.

## RESULTADOS

El análisis de las entrevistas ha proporcionado un denso conocimiento sobre la formación, capacitación y saberes de las matronas, contruidos desde su formación y experiencia. También ha posibilitado identificar sus necesidades e intereses formativos sobre VG. Se presenta esta información estructurada a partir de los dos temas identificados como centrales en el análisis (capacitación de las matronas en violencia de género y necesidades formativas) y de las subcategorías más significativas que han permitido integrar en ellas también lo singular.

### Capacitación de las matronas en violencia de género

Distinguiremos en este apartado entre la formación recibida durante los estudios universitarios (formación reglada) y la relativa a formación continuada (FC).

#### *Formación reglada*

De las doce matronas entrevistadas solo una recuerda haber recibido formación sobre VG durante sus estudios de enfermería. Lo hizo gracias a su inscripción voluntaria a un curso de créditos optativos. El resto de ellas no recuerda haber recibir formación sobre VG durante su formación como enfermera. Lo atribuyen principalmente a que se formaron hace años en una época en que la VG era un aspecto que no se abordaba de forma abierta, no era tan visible socialmente como en la actualidad. Un ejemplo lo podemos encontrar en el siguiente caso:

No, la verdad es que no, hace treinta años que estudié enfermería. Este tema ni se hablaba [...] ni en las clases, ni a nivel de profesionales se comentaba. [...] La gente ahora tenemos mucha más consciencia de este problema. (e8)

Durante el periodo de formación para la especialización como matrona, las cuatro que hicieron la residencia en los últimos 21 años (e9, e10, e11 y e12) recibieron formación sobre VG (dos de ellas antes incluso de la promulgación de la mencionada Ley Orgánica 1/2004), aunque reconocen que la formación recibida fue de pocas horas y en aquel

momento no se sintieron motivadas para profundizar de forma significativa en el tema. Le dieron poca importancia e incluso lo olvidaron, como en el siguiente caso:

Fue una sesión, una tarde creo, pero no recuerdo exactamente los contenidos.  
(e11)

Las ocho restantes, todas formadas hace más de 30 años, no recuerdan haber recibido formación sobre VG durante el periodo en que cursaron la especialidad:

En absoluto, para nada [...]. A nosotras nos prepararon mucho de cara al parto y al puerperio inmediato, pero ni seguimiento del embarazo, ni lactancia, ni problemas sociales. (e1)

### ***Formación continuada***

Todas las matronas han realizado FC sobre VG. Esta FC fue interna, es decir, organizada por la propia institución sanitaria, impartida dentro del horario laboral y dirigida conjuntamente a diferentes profesionales de la salud (médicos, enfermeros, matronas, auxiliares de enfermería). Según los programas formativos revisados, se realizaron tres cursos con contenido relacionado con la VG: a ellos asistieron todas las matronas con excepciones puntuales y justificadas. En la **tabla 3** se detallan las características de dichos cursos, recogiendo el título, el año en que se llevaron a cabo, la duración en horas, los temas tratados y la metodología docente empleada.

Entre el 2014 y el 2016, tres matronas recibieron un total de 16,5 horas de FC sobre VG, y las otras nueve, 22 horas. Los temas de tales cursos, que destacan en las entrevistas, fueron la detección y el abordaje de la VG desde la consulta sanitaria, haciendo especial énfasis en la asistencia a las adolescentes. Asimismo, se trató el abordaje a la violencia sexual y, de forma específica, la violencia hacia los niños y la VG durante el embarazo. La metodología docente predominante fue las clases teóricas.

**Tabla 3.** Características de la formación continuada sobre VG realizada por las matronas

Título	Año	Número de horas	Temas	Metodología docente
Curso: Detección y prevención de la violencia machista	2014	5.5	Detección de la VG El ciclo de la VG Abordaje de la VG	Clase teórica
Jornada: Aproximación a la VG	2015	5.5	Detección de la VG Circuitos de atención Violencia en los niños Abusos sexuales VG en adolescentes VG en el embarazo	Clase teórica
Curso: Sensibilización y prevención de la VG	2016	11	VG en los adolescentes Diversidad sexual y de género	Taller de capacitación y clase teórica

De los tres cursos mencionados, las matronas destacan elementos que resultaron reveladores y que les han hecho cambiar su percepción de la VG. Como muestra de ello, destaca la percepción de cómo están normalizadas socialmente determinadas formas de violencia hacia las mujeres:

Me encantó porque incluso a veces nosotras mismas no somos conscientes de la violencia que puede haber, porque hay cosas que ya están como estipuladas en la sociedad. (e6)

Por otro lado, una matrona explica que, tras uno de los cursos, una compañera, también profesional sanitaria, le reveló que al asistir se había dado cuenta que ella misma había sufrido VG, y que no fue consciente de ello hasta ese momento, debido esa normalización mencionada.

Las entrevistadas destacan elementos de dichos cursos que les han hecho mejorar sus competencias en el desarrollo de la asistencia clínica, en especial en lo concerniente a la prevención de la homofobia en los adolescentes, como otra forma de violencia relacionada con el género:

Bueno, me fue muy bien de cara a la educación sanitaria con los adolescentes sobre VG [...], es decir que hay que hablar de todas las posibles parejas habidas y por haber, no solo de un chico y una chica. (e4)



A continuación, se ofrecen las reflexiones de las matronas en relación con sus procesos formativos combinados con los años de práctica profesional.

### ***Capacidad de detectar situaciones de violencia en las mujeres que asisten***

Desde la formación recibida y gracias a su saber experiencial tras años de ejercicio profesional, las matronas identifican diferentes formas de violencia, nombrando principalmente la violencia psicológica, la física y la sexual:

En nuestra sociedad, la violencia física sí que está mal vista, pero otras formas como la sexual está más normalizada [...]. En el postparto me he encontrado a mujeres que dicen que se sienten presionadas por sus parejas a reiniciar las relaciones sexuales. (e10)

Opinan que la violencia psicológica es la más frecuente y muy prevalente en las mujeres que asisten, aunque opinan que posiblemente está infradetectada:

Yo creo que es mucho más frecuente de lo que nosotros detectamos. Yo puedo decir que he detectado en todo el tiempo que llevo de matrona dos casos de violencia en el embarazo, y seguro que he estado delante de muchos más. (e10)

Consideran que su capacidad en la detección de situaciones de violencia se rige por su percepción y sensibilidad. En general, no preguntan de forma sistemática sobre VG. Sin embargo, explican que sí lo hacen si detectan algún signo de sospecha, ya sea físico o psicólogo:

Me hace sospechar que no se presente a las visitas, que llegue tarde, ves algo y sí empiezas a indagar [...]. Entonces intento quedarme a solas con la mujer. (e2)

Algunas matronas expresan que no preguntan de forma directa sobre VG, sino que tienen presente la posibilidad y lo preguntan de modo indirecto al interesarse por el estado emocional de la mujer y la relación con su pareja:

Yo lo que hago como de una forma natural es preguntar: ¿está contenta?, ¿tu pareja te ayuda? [...]. Lo hago de esta manera, ¿qué tal?, y ¿qué dice tu pareja?... (e6)

También alertan que cada vez detectan más casos en las adolescentes que asisten, principalmente violencia psicológica y sexual. Por ejemplo, cuando las chicas a las que asisten manifiestan que se sienten presionadas, de una u otra manera, a tener relaciones sexuales sin protección:

Visitamos muchas chicas jovencitas que vienen por la pastilla postcoital o vienen para información de interrupción voluntaria del embarazo y te dicen que él se ha negado a ponerse el preservativo. (e1)

Sin embargo, entre las entrevistadas, existen dudas respecto a cuáles son los límites para considerar que una mujer se encuentra o no bajo una situación de violencia. En la siguiente transcripción se ofrece una ejemplificación de tales dudas:

Las mujeres te dicen: el preservativo no se lo pone, antes cambia de pareja [...]. Yo a esto ya me he acostumbrado, me parece fatal, pero no diría que es violencia. (e3)

### ***Conocimientos sobre el perfil de las víctimas***

Las matronas hacen notar que, a su entender, cualquier mujer puede ser víctima de VG independientemente de su nivel sociocultural o económico, y que no hay un perfil concreto. Aunque algunas sí aluden a la posibilidad de que exista una mayor prevalencia de casos en las mujeres que han vivido situaciones de VG en la infancia o que han sido educadas en sociedades intensamente patriarcales que normalizan ciertas formas de VG:

Pero sí que quizás más frecuentemente en mujeres que desde pequeñas han tenido una educación de que el hombre es superior, que hayan podido vivir otros casos [...] pueden vivir la violencia como normal o incluso merecida. (e11)

Algunas matronas consideran que las embarazadas o las mujeres que acaban de tener un bebé pueden ser más susceptibles de sufrir violencia, principalmente ocasionado por los cambios de rol en la pareja. También consideran que a determinadas mujeres que asisten les resultará más difícil salir de esa situación violenta, a causa de su falta de independencia económica o la existencia de uno o varios hijos. Primordialmente las mujeres inmigrantes, a las que se añade, en muchas ocasiones, que desconocen el idioma de la sociedad de llegada y los recursos sociales disponibles a tal efecto:

Aquí están a lo mejor solo con su pareja o con su pareja y sus hijos, dicen: ¿dónde voy?, cuando además muchas veces hay una dificultad idiomática añadida. (e10)

### ***Conocimientos sobre el perfil de los agresores***

A partir de su formación y su experiencia profesional afirman que los hombres maltratadores no cumplen tampoco un único perfil sociocultural o económico. Pueden ser hombres que se comportan correctamente en la consulta cuando acompañan a sus parejas, sin generar sospechas de su carácter violento en el ámbito familiar:

No creo que haya un perfil concreto. Puede ser un hombre amable, educado, que nunca te lo imaginarías. (e7)

### ***Conocimientos en relación con las repercusiones de la VG en la salud de las mujeres***

Reconocen que la VG puede repercutir gravemente en la salud de la mujer, tanto en el ámbito físico como psicológico. Sugieren que, en el caso de las embarazadas, los daños se amplían al poder afectar al feto, al curso del embarazo, al parto y al cuidado del recién nacido, como podemos observar en las siguientes afirmaciones:

El estado de nerviosismo constante de la mujer, que tenga miedo, le tiene que afectar de alguna forma, esa tensión se puede transmitir al feto. (e11)

### ***Capacidad en el abordaje de los casos***

Para el abordaje de los casos, se basan, fundamentalmente, en su criterio individual, fundamentado en la formación recibida y la experiencia acumulada. Aunque saben que existen protocolos oficiales, consideran que no los usan tanto como deberían. Explican que no reciben información o formación específica cada vez que se modifica o se incluye un nuevo protocolo o documento en el web del Departamento de Salud. Por otra parte, la presión asistencial no les permite tampoco poner al día sus conocimientos. Las matronas explican que deben hacerlo fuera del horario laboral y por propia iniciativa. Todo ello influye en la percepción generalizada de que sus conocimientos al respecto no están suficientemente actualizados:

Si hay protocolos, pero nosotros no sabemos que existen... en intranet [Red informática interna de la institución sanitaria] estarán, pero no puedo estar mirando cada día los protocolos que hay, no tengo tiempo. (e11)

Todas las entrevistadas señalan que, ante la detección de un caso de violencia, actúan derivando a la mujer a otros profesionales. Derivan a los servicios sociales del propio centro sanitario o les facilitan a las mujeres el número de teléfono de atención a las víctimas (disponible para todo el país). Solo tres nombran los centros con servicio de intervención especializada (SIE) disponibles en el municipio para las víctimas de VG:

También los centros SIE que hacen un abordaje multidisciplinar. Pero yo trabajo mucho con los servicios sociales del ambulatorio, porque puedes hablar con ellos personalmente. (e10)

### **Necesidades formativas**

Se recogen a continuación, cuáles son las demandas, necesidades e intereses de las matronas en este tema, así como las orientaciones generales de cara a su satisfacción.

#### ***Desarrollar la formación***

Las matronas señalan que les gustaría profundizar más en su formación a través de cursos específicos que tengan contenidos tales como las manifestaciones de la VG en las diferentes culturas y pautas para abordarlas. El alto nivel de diversidad cultural entre las mujeres que asisten incrementa la dificultad y complejidad de la detección. Prefieren cursos dirigidos y programados específicamente para ellas, puesto que podrían dar respuesta a circunstancias concretas con las que se encuentran en su ejercicio profesional. Se muestran interesadas, receptivas y optimistas para seguir formándose en este tema y mejorar así la asistencia.

#### ***Formación para la detección***

Demandan mayor formación para abordar la entrevista con la mujer, es decir, saber cómo preguntar y mostrarse receptivas y sensibles para crear un clima de intimidad que favorezca que la mujer se sienta cómoda para explicar su situación. Además, necesitan estrategias que les permitan hacerlo a pesar de la presión del tiempo limitado que tienen para cada consulta:

Aprender a trabajar la confianza para poder llegar a que la mujer se sincere.  
[...] Echo de menos formación a nivel general en estos temas para que seamos sensibles y seamos sensibles a la hora de abordarlos. La mujer tiene que tener la confianza y que tú sepas de qué manera abordarla. (e11)

Por otro lado, conceden una gran importancia a saber observar, acostumbrarse a ello y reconocer indicadores indirectos de riesgo, aquellos que advierten de la posibilidad de que una mujer esté sufriendo VG.

Tendríamos que tener la misma habilidad para detectar violencia que la que tenemos para detectar si hay algún problema físico [...]. Esto es lo que nos falta, saber cuándo tenemos que estar alerta. (e8)

También indican que sería útil poder aplicar cuestionarios estandarizados que aportaran mayor objetividad en la detección, así como estar entrenadas y habituadas a su uso:

Estaría bien cuando se sospecha algo tener herramientas, no sé quizás tener un cuestionario ya estipulado para hacer determinadas preguntas. (e6)

### ***Capacitación para el abordaje***

Las matronas consideran que es importante conocer de forma más detallada los circuitos de derivación a los que dirigir a las mujeres, pero dan más importancia a saber acoger emocionalmente a las mujeres víctimas de VG y asesorarlas una vez que han revelado su situación. En el mismo sentido, piensan que es preciso un mayor y más detallado conocimiento de los recursos disponibles que tendrá la mujer en caso de querer denunciar la situación, en referencia a ayudas sociales, económicas y judiciales, así como los procedimientos concretos que tendrá que seguir. Creen que informar a las mujeres de esto les daría seguridad.

Destacan que necesitan conocer mejor esos procedimientos, también para protegerse como profesionales. En relación con ello, les preocupan las cuestiones éticas, no traspasar los límites del respeto a la mujer y a sus decisiones. Así, por ejemplo, mencionan la necesidad de conocer la forma más conveniente de registrar en la historia clínica los casos de VG por respeto a la privacidad de la mujer:

El registro en la historia clínica me crea un poco de ambigüedad, porque no sé si estoy inmiscuyéndome en la intimidad de alguien, sobre todo cuando no quieren denunciar [...]. Yo no sé aquí cómo lo tendríamos que hacer, también a nivel jurídico. (e6)

### ***Currículum formativo de los formadores***

Consideran necesario que se desarrolle una formación holística, es decir, que las capacite para atender a la mujer en toda su complejidad. Así proponen contenidos aportados desde otros ámbitos además del sanitario: jurídico, psicológico, sociológico y antropológico. Demandan que los docentes les puedan aportar no solamente conocimientos teóricos, sino, sobre todo, experiencia profesional desde su tarea asistencial en servicios directamente relacionados con la VG. De esta forma pueden compartir con ellas su experiencia:

Gente que esté muy involucrada en ayudar a estas mujeres, que lo vea cada día [...], porque esa gente sabrá cómo podemos detectarlo, tienen mucha información [...], yo creo que son la gente que más nos pueden abrir los ojos.  
(e8)

### ***Propuestas relacionadas con la metodología docente***

Las matronas demandan metodologías activas. Explican que les gustaría profundizar en análisis de casos. También mencionan el *role-playing* como técnica para poner en práctica algunas habilidades y confrontar alternativas. Proponen debates, visualización de vídeos o incluso la escucha de testimonios. Plantean que les gustaría que se invitara a los cursos de FC a alguna mujer que haya sufrido VG y quiera compartir su vivencia.

Incluso estaría bien que viniera una persona que ha sufrido VG [...] porque estos casos calan en la gente. (e8)

## **DISCUSIÓN**

A diferencia de otros trabajos (Yildiz, Selimen, y Dogan, 2014), todas las matronas entrevistadas en este estudio tenían formación sobre VG. La mayoría de esta formación había sido recibida como formación continuada (FC), impartida por la propia institución en la que trabajan y en horario laboral. Solo una minoría recuerdan haberlo tratado en los estudios universitarios, lo cual coincide con los resultados de Crombie et al. (2016). Las matronas recibieron un total de entre 16,5 y 22 horas de FC, lo cual supera lo revelado por otros estudios en los que las matronas habían recibido cursos de formación de una media de 7,5 horas (Salmon et al., 2006) o incluso solamente 3 horas (Protheroe, Green, y Spiby, 2004). Los contenidos recibidos en la FC se centraron fundamentalmente en la

detección y el abordaje de la VG, el ciclo de la violencia y los circuitos de atención. Esto es semejante a los resultados de otros trabajos (Crombie et al., 2016) donde en la formación recibida por las matronas se abordaba cómo llevar a cabo el cribado y la planificación para ayudar a la mujer a salir de la situación de violencia. Por otro lado, las matronas entrevistadas recibieron además formación específica sobre violencia sexual, violencia hacia los niños y violencia durante el embarazo y la adolescencia. La metodología docente predominante fue la clase teórica de tipo expositivo, igual que los resultados de otros autores (Protheroe, Green y Spiby, 2004). Posiblemente justificada por las pocas horas de formación en relación con la complejidad de la VG y la necesidad de un enfoque multidisciplinar. Coincidiendo con otros hallazgos (Baird et al., 2015), todas las entrevistadas tenían un fuerte compromiso personal con la VG. Se muestran receptivas y optimistas para seguir formándose en este tema y mejorar la asistencia. Conocen que las situaciones de VG durante el embarazo repercuten en la salud de las mujeres y sus hijos, y consideran que posiblemente esté infradetectada.

Tienen conocimientos teóricos correctos sobre la VG, pero al igual que en otros trabajos (Bradbury-Jones y Broadhurst, 2015; Eustace et al., 2016), no se consideraban suficientemente capacitadas. Mauri et al. (2015) revelan que las matronas no se sentían preparadas para reconocer los signos de violencia y no sabrían cómo manejar la situación si tuvieran que hacerlo, lo cual es similar a lo manifestado por las matronas entrevistadas y muestra la necesidad de trabajar en la mejora de esa percepción de seguridad. Las matronas demandan más formación, primordialmente en cuestiones íntimamente relacionadas con la práctica diaria: detección de los casos, técnicas de entrevista, uso de cuestionarios estandarizados, reconocimientos de signos de maltrato, información de los recursos disponibles y los circuitos de derivación al detectar un caso (Di Giacomo, et al. 2017).

Manifiestan que les gustaría estar mejor capacitadas para conseguir crear una relación de confianza con las mujeres, puesto que consideran que su actitud es fundamental para que las víctimas revelen su situación. Esto es semejante a los resultados de otros trabajos (Bradbury-Jones, Clark, Parry, y Taylor, 2017), reforzando nuevamente la idea de una preparación que incluya también recursos psicológicos de relación con las mujeres. Proponen que en futuros cursos de FC el enfoque sea pluridisciplinar, y que los formadores provengan de ámbitos profesionales donde se trabaje con mujeres víctimas de VG. Opinan que las metodologías docentes más enriquecedoras para tratar estos temas

son las activas, realizadas en grupos reducidos de alumnos, con inclusión de análisis de casos, escucha de testimonios o los *role-playing*. Todas estas metodologías docentes han sido empleadas por otros autores para formar sobre VG a enfermeros, médicos y matronas con resultados positivos en el aprendizaje (véase, por ejemplo: Baird et al., 2018), dado que permiten desarrollar procesos no solo cognitivos, sino también afectivos y con ello conseguir aprendizajes más significativos. Cabe señalar como limitación de estudio que, al ser cualitativo centrado en el contexto de las matronas de AP en la población de L'H, los resultados solo pueden ser transferibles a otros contextos con características semejantes.

## CONCLUSIONES

Las matronas se muestran sensibilizadas, todas ellas tienen formación adquirida de manera formal, mayoritariamente desde su propio centro de trabajo, pero su capacitación es también fruto de su prolongado saber experiencial derivado de los años de ejercicio profesional. No obstante, y a pesar de la formación recibida, reclaman incrementar su capacitación mediante un programa sólido de FC que les permita mejorar sus capacidades en cuanto a saber formular las preguntas apropiadas, reconocimiento de señales de VG, instrumentos comunes de detección, recursos para gestionar posibles obstáculos y clarificación respecto al circuito de derivación de las mujeres en caso de que revelen una situación de violencia, a partir de los protocolos y planes de actuación existentes.

También demandan que les aporte herramientas para mejorar la escucha activa y las habilidades de acogida que favorezcan la creación de un clima de confianza, absolutamente necesario para que la mujer revele su situación. Proponen incluir metodologías activas, con docentes con experiencia profesional en la asistencia a víctimas de VG, provenientes de diferentes disciplinas con el objetivo de abordar el tema desde todas sus perspectivas: sanitaria, psicológica, social, ética y legal. Parece conveniente atender a estos intereses formativos como una vía para contribuir a erradicar la VG desde el ámbito sanitario.

## AGRADECIMIENTOS

Las autoras de este artículo queremos dar las gracias a las matronas que han compartido con nosotras sus experiencias, conocimientos y reflexiones.



## BIBLIOGRAFÍA

- BAIRD, K., et al. An exploration of Australian midwives' knowledge of intimate partner violence against women during pregnancy. En: *Women and Birth*. 2015, vol. 28, núm. 3, pp. 215-220.
- BAIRD, K., et al. Effectiveness of training to promote routine enquiry for domestic violence by midwives and nurses: A pre-post evaluation study. En: *Women and Birth*. 2018, vol. 31, núm. 4, pp. 285-291.
- BRADBURY-JONES, C.; Broadhurst, K. Are we failing to prepare nursing and midwifery students to deal with domestic abuse? Findings from a qualitative study. En: *Journal of Advanced Nursing*. 2015, vol. 71, núm. 9, pp. 2062-2073.
- BRADBURY-JONES, C., et al. Development of a practice framework for improving nurses' responses to intimate partner violence. En: *Journal of Clinical Nursing*. 2017, vol. 26, núm. 15, pp. 2495-2502.
- CROMBIE, N.; HOOKER, L.; & REISENHOFER, S. Nurse and midwifery education and intimate partner violence: a scoping review. En: *Journal of Clinical Nursing*. 2016, vol. 26, núm. 15, pp. 2100-2125.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015*. Gobierno de España, 2015. Disponible en: [www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)
- DI GIACOMO, P., et al. Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. En: *Journal of Clinical Nursing*. 2017, vol. 26, núm. 15-16, pp. 2307-2316.
- EUSTACE, J., et al. Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. En: *Women and Birth*. 2016, vol. 29, núm. 6, pp. 503-510.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Institut d'Estadística de Catalunya*. GC, 2017. Disponible en: [www.idescat.cat](http://www.idescat.cat)
- GENERALITAT DE CATALUÑA. *Cartera de Serveis de les Unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva de Suport a l'Atenció Primària*. GC, 2017. Disponible en: [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Salut-sexual-reproductiva/Model\\_cartera\\_de\\_serveis/placarte.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Salut-sexual-reproductiva/Model_cartera_de_serveis/placarte.pdf)
- GÓMEZ-FERNÁNDEZ, M. A., GOBERNA-TRICAS, J., & PAYÀ-SÁNCHEZ, M. Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in

- Catalonia (Spain): A qualitative study. En: *Nurse Education in Practice*. 2017, vol. 27, pp. 13-27.
- GRANEHEIM, U. H.; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. En: *Nurse Education Today*. 2004, vol. 24, núm. 2, pp. 105-112.
- JAMES, L.; BRODY, D.; HAMILTON, Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. En: *Violence & Victims*. 2013, vol. 28, núm. 3, pp. 359-380.
- JEFATURA DEL ESTADO. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. En: *Boletín Oficial del Estado*. Gobierno de España, 2004.
- MACKEY, S. Phenomenological nursing research: methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. En: *International Journal of Nursing Studies*. 2005, vol. 42, núm. 2, pp. 179-186.
- MAURI, E., et al. Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. En: *Midwifery*. 2015, vol. 31, núm. 5, pp. 498-504.
- NACIONES UNIDAS. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General. Naciones Unidas, 1993. Disponible en: [www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejos Escolares/archivos/declaracion\\_sobre\\_la Eliminacion\\_de\\_la Violencia\\_contra\\_la\\_mujer.pdf](http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejos Escolares/archivos/declaracion_sobre_la Eliminacion_de_la Violencia_contra_la_mujer.pdf)
- NACIONES UNIDAS. *Supplement to the handbook on violence for legislation against women*. Naciones Unidas, 2011. Disponible en: [www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-handbook.htm](http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-handbook.htm)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Intimate partner violence during pregnancy*. OMS, 2011. Disponible en: [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70764/WHO\\_RHR\\_11.35\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70764/WHO_RHR_11.35_eng.pdf?sequence=1)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. OMS, 2013. Disponible en: [www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women*. OMS, 2017. Disponible en: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/)

- PROTHEROE, L.; GREEN, J.; SPIBY, H. An interview study of the impact of domestic violence training on midwives. En: *Midwifery*. 2004, vol. 20, núm. 1, pp. 94-103.
- SALMON, D., et al. An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence. *Midwifery*. 2006, vol. 22, núm. 1, pp. 6-14.
- SKRTIC, T. M. Doing Naturalistic Research into Educational Organisations. En: Lincoln, Yvonna S. (ed.), *Organizational theory and inquiry: the paradigm revolution*. London: SAGE, 1985.
- TAYLOR, S.; BOGDAN, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós, 1987.
- YILDIZ, T.; SELIMEN, D.; DOGAN, D. A Study Comparing the Pre- and Post-Training Knowledge of Emergency Department Nurses in Turkey for the Diagnosis of Physically Abused Women. En: *Journal of Family Violence*. 2014, vol. 29, núm. 5, pp. 519-525.

# **METÁFORAS DE LA MATERNIDAD EN UN SISTEMA DE ATENCIÓN SANITARIA DE LA INFANCIA EN CHILE: ENTRE LA NATURALEZA Y EL CAPITAL HUMANO**

*Metaphors of Motherhood in a Children's Healthcare System in Chile: Between Nature and Human Capital*

Claudia Calquín-Donoso,<sup>1</sup> Christopher Yáñez-Urbina<sup>2</sup>

Correo electrónico: [claudia.calquín@usach.cl](mailto:claudia.calquín@usach.cl)

1. Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Santiago de Chile.  
(*Santiago de Chile, Chile*)

2. Centro de Desarrollo Cognitivo, Facultad de Educación, Universidad Diego Portales.  
(*Santiago de Chile, Chile*)

Recibido: 14/04/2020 Aceptado: 20/05/2020



## RESUMEN

El artículo presenta resultados parciales de una investigación mayor dirigida a conocer los significados circulantes de la maternidad, la infancia y su cuidado en un sistema de atención sanitaria en Chile. Para lograr este objetivo, se realizó un análisis de metáforas usando el procedimiento de identificación de metáforas (PMI) aplicado a un corpus textual conformado por materiales de lectura producidos y utilizados por el sistema. Los resultados indican que las diferentes formas a través de las cuales se representa el cuerpo materno, desde objetos inanimados hasta una práctica empresarial, permiten conocer una amplia gama de imaginarios, ambivalencias y demandas que se realizan a las prácticas maternas en el contexto sanitario y que configuran desigualdades de género. Concluimos que la maternidad sigue enclavada en el imaginario de la naturaleza, como una experiencia privada y hermética en la que la figura del binomio madre e hijo/a sigue siendo fundamental para los objetivos sanitarios al que se han sumado nuevas demandas vinculadas a la reproducción del capital humano. Esto bloquea formas alternativas de representar la maternidad, las negociaciones de las identidades maternas, otros deseos que habitan en las mujeres y las posiciones e intereses diferenciales entre niños/as y mujeres.

**Palabras Claves:** maternidad; cuidados de la infancia; metáforas; sistema Chile Crece Contigo.

## ABSTRACT

This article presents the partial results of a larger investigation aimed at knowing the circulating meanings of motherhood, childhood and their care in a healthcare system in Chile. To achieve this aim, a metaphor analysis was performed using the metaphor identification procedure (MIP) applied to a textual corpus made up of reading materials produced and used by the system. The results indicate that the different forms through which the maternal body is represented, from inanimate objects to a business practice, allow knowing a wide range of imaginaries, ambivalences and demands that are made of maternal practices in the health context and that shape gender inequalities. We conclude that motherhood continues to be embedded in the imaginary of nature as a private and hermetic experience in which the figure of the mother-child binomial continues to be fundamental for the health objectives to which new demands linked to the reproduction of human capital have been added. This hinders alternative ways of representing motherhood, the negotiations of maternal identities, other desires that inhabit women, and the differential positions and interests between children and women.

**Keywords:** Maternity; Childhood Care; Metaphors; Chile Crece Contigo system.

## INTRODUCCIÓN

A partir de la década del 2000, Chile impulsó un proceso de reforma en salud que, junto con impulsar un sistema de Garantías Explícitas en Salud [GES] para garantizar por ley un conjunto de prestaciones sanitarias, cambió el foco, desde una atención fuertemente sectorizada hacia la implementación de sistemas integrales de atención con énfasis en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades no contagiosas. En el marco de estas reformas, en el año 2006 se crea el Subsistema de Protección Integral de la Infancia Chile Crece Contigo [CCC] dirigido a asegurar un acceso expedito a servicios y prestaciones que atiendan a las necesidades específicas de las infancias en riesgo y más vulnerables, especialmente aquellas que presentan el diagnóstico de rezago o retraso en el desarrollo.

Hablamos de un sistema intersectorial liderado por el Ministerio de Salud y que a nivel de implementación —desde el control prenatal hasta el apoyo profesional en la estimulación temprana para niños y niñas hasta los 4 años— se apoya fuertemente en el sistema de cuidados familiares próximos al entorno maternal, erigiendo de manera especial a las mujeres/madres como proveedoras principales de cuidados, superación de la vulnerabilidad y promoción del desarrollo de los niños y las familias (Castillo, 2016; Magaña et al., 2011; Paura y Zibbechi, 2018).

En este contexto, en el presente artículo reportamos algunos resultados parciales de un proyecto de investigación más amplio que indaga, desde una perspectiva crítica, los discursos sobre la infancia y el cuidado materno presentes en el CCC. De forma puntual, realizamos un análisis cualitativo de metáforas recurrentes en una serie de documentos producidos en el subsistema y dirigidos a profesionales de la salud. Nuestro interés es mostrar las formas en que se construyen algunos supuestos de las familias y las mujeres destinatarias de la acción pública.

Argumentamos que, las metáforas, más que un recurso retórico, son un recurso analizador para captar los imaginarios sobre la maternidad y el cuidado de la infancia que habitan en las políticas de salud infantil como en los saberes expertos, y que nos permite acceder a connotaciones y evocaciones que una particular visión del mundo pone en juego para construir realidades compartidas. Con esto, queremos aportar tanto a los estudios sociales de la salud como a la misma política pública, en la medida en que las

representaciones simbólicas juegan un papel crucial en la configuración de las desigualdades de género y los roles de las mujeres asignados en las políticas de estado.

## **EL CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN: EL SISTEMA CHILE CRECE CONTIGO**

El CCC es un complejo sistema intersectorial de intervención sociosanitaria centrado en el desarrollo biopsicosocial infantil. Forma parte de lo que, en política pública, se ha llamado la «generación Bachelet» (Caro, 2009) y que permitió dar cohesión y contenido a la idea de un gobierno orientado a un Estado de protección social (Garretón, 2012) con el objetivo de fortalecer la asistencia social y sanitaria hacia mujeres y niños/as en contextos de riesgo sanitario y social, otorgándole a estas prestaciones el carácter de garantía constitucional de derechos (Hardy, 2011).

Desde su creación, el CCC se propuso como una respuesta gubernamental a los altos porcentajes de pobreza infantil existente en Chile y, si bien representó un avance en materia de garantías y acceso a derechos sociales y de salud —a través de un piso mínimo de bienestar garantizados estatalmente—, lo cierto es que la fuerte desigualdad social y de género, y sus condiciones estructurales de producción fueron escasamente abordados en sus objetivos programáticos (Solimano, 2018). Así, el camino para superar la vulnerabilidad y los riesgos en salud infantil se realiza a partir de una matriz neoliberal (Garretón, 2012; Solimano, 2018) que, por un lado, focaliza la acción del estado en las poblaciones más pauperizadas y, por otro, despliega intervenciones altamente individualizadas bajo un esquema de la clásica división sexual del trabajo (Magaña, et al. 2011). Vemos, por lo tanto, que el sistema de atención se articula en un modelo que se basa en la responsabilidad individual y familiar de la gestión de los riesgos y la provisión de bienes y servicios básicos, en que las mujeres madres siguen siendo los principales sujetos de la provisión de bienestar al mismo tiempo que se las describe como carentes de capacidades y estrategias de afrontamiento para manejar los riesgos (Arteaga e Íñigo, 2015; Fuentes y Brembeck, 2019).

Así, el sistema captura a las poblaciones más pauperizadas a una forma de intervención que responden a una perspectiva de los modelos de «competencias parentales» (Contreras et al., 2015) introduciendo, además, los hallazgos de la neurociencia y sus conceptos de plasticidad neuronal y periodos críticos y las

ampliamente difundidas «intervenciones en apego» (Castillo, 2016). Apreciamos que el sistema desarrolla un fuerte discurso que promueve la integración social de las familias más pobres —usando el sintagma «equidad desde la gestación»— bajo la forma de problemas individuales, psicológicos y trabajando en la economía personal de las familias (Castel, 2010) en la que los límites entre responsabilización y culpabilización se vuelven porosos.

## **APUNTES METODOLÓGICOS: EL SISTEMA CHILE CRECE CONTIGO COMO OPERADOR SEMIÓTICO**

Definimos el CCC como un operador semiótico que produce aquello que dice representar (Austin, 1991). De esta forma, el análisis cualitativo y la perspectiva pragmática (Escandell, 1993) nos permitieron acceder al conjunto de significados que operan en esta política pública. Así, el amplio material documental que la conforman —artículos académicos, manuales de intervención, hojas de rutas, material educativo, normas técnicas y pautas de detección, entre otros documentos— fueron agrupados, ordenados y clasificados en un corpus documental que dio por resultado la selección de 11 documentos según criterios de relevancia, que pertenecieran a documentos de esta política y pertinencia, que contuvieran contenidos que aportaran al objetivo de la investigación (Ver Tabla núm. 1)

En primer lugar, a estos documentos se les aplicó un análisis de contenido temático (Cárcamo, 2016) en el que se establecieron las unidades de significados más relevantes para los objetivos de la investigación (maternidad, infancia, intervención, comunidad, sociedad y estado). En un segundo momento, sobre estas unidades de significado se identificaron diversas prácticas discursivas que permitieran indagar de forma más profunda en los modos en que, por un lado, el sistema construye sus objetos, sujetos y problemas y; por otro, las visiones del mundo que lo habitan. De las múltiples estrategias, presentamos las que corresponden a los usos metafóricos del lenguaje que, lejos de ser un elemento ornamental del discurso, modelan nuestra percepción, nuestro pensamiento y nuestras acciones.



**Tabla 1.** Corpus documental a analizar

N	Nombre	Año Publicación o Locución	Código
1	Ley 20.379, que crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia «Chile crece contigo»	2009	D 1
2	Manual para el apoyo y el seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años	2008	D 2
4	Manual de orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo del desarrollo infantil: guía para equipos locales	2013	D 4
5	<i>Cuando Copiar es Bueno</i> (V Edición)	2016	D 5
6	Discurso S. E. Michel Bachelet Conmemoración 10 años de Chile Crece Contigo	2017	D 6
7	Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática		D7
8	Interacciones tempranas y género infantil en familias monoparentales chilenas	2012	D8
9	Bienestar y apego en la sala cuna Módulo 1	2007	D9
10	Apego: representaciones de educadoras de párvulos en jardines infantiles en Temuco, Chile	2016	D10
11	El futuro de los niños es siempre hoy. Propuestas del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia	2006	D11

**Fuente:** Elaboración propia

Al decir de Lizcano (2006), no somos nosotras quienes las decimos, son ellas las que nos dicen y dicen el mundo. El análisis de las metáforas permite responder a preguntas como: ¿Qué prácticas posibilita cada una de estas metáforas?, ¿qué espacio discursivo construyen?, ¿para quién están disponibles?, ¿qué rasgos ocultan o destacan? (Casado, 1999). El procedimiento usado correspondió al «procedimiento para la identificación de metáforas» (MIP) (Pragglejaz Group, 2007), que consiste en las siguientes fases:

1. Determinar las unidades léxicas del texto (luego de una lectura exhaustiva para comprender su significado general).
2. Identificar el significado contextual de cada unidad léxica, esto es, el significado que esta unidad tiene en la situación en la que se está usando. Para esto se recurre a un diccionario.
3. Verificar si hay un significado más básico de esta unidad léxica e identificarlo. Este significado se caracteriza por ser más concreto, porque lo que evoca es más fácil de imaginar, ver, escuchar, sentir, oler y gustar, por estar relacionado con la acción corporal y por ser más específico.
4. Determinar si el significado más básico es lo suficientemente distinto del significado contextual.
5. Examinar si el significado contextual puede relacionarse con el básico mediante alguna forma de similitud.

Tomando la recomendación de González (2014), nos centramos en aquellas expresiones metafóricas que no son simples modulaciones estilísticas u ornamentales ocasionales sino metáforas conceptuales constitutivas, es decir, en aquellas dan forma a la estructura conceptual del texto. En ese sentido, la segunda fase, el análisis contextual, tal como apunta la perspectiva pragmática, fue central, pues permitió establecer relaciones entre las metáforas, el contexto discursivo en el que se generan y la función que adquieren en la política y para organizar los significados que nos interesaba relevar. De ahí que, a diferencia del modelo de González, el criterio de selección de las metáforas a analizar no fue de orden cuantitativo, sino ilocucionario en el sentido de que se presentaron expresiones metafóricas no frecuentes, pero si tenían la fuerza para constituir repertorios sobre la maternidad y el cuidado de los niños/as; es decir, lo que importó es que estas participaran de cierta organización del discurso, por lo que el trabajo interpretativo fue central en todo el proceso analítico.

Una vez identificadas y ordenadas las expresiones metafóricas, se procedió a categorizarlas de acuerdo a la teoría de la metáfora conceptual (Lakoff y Johnson, 1998), según la cual un área semántica o dominio se representa conceptualmente en términos de otro, denominados «dominio meta» (aquel dominio que queremos metaforizar) y «dominio fuente» (la imagen de donde extrajimos la metáfora), lo que nos facilitó realizar

un conjunto de inferencias sobre los sistemas conceptuales que organizan el discurso sobre la maternidad.

## RESULTADOS

En nuestro corpus, nos encontramos con expresiones metafóricas que configuran formas de identidad y de ser sujetos, relaciones y fenómenos. Identificamos las siguientes analogías presentes en las categorías emergentes maternidad e infancia: 1. El cuerpo de las mujeres como contenedor; 2. El cuerpo del niño/a como un libro; 3. La relación madre-hijo como una relación animal; 4. La familia y la maternidad como una empresa.

Si ponemos atención en las siguientes expresiones: «En esta línea, los estudios describen secuelas biológicas, psicológicas y sociales de la depresión perinatal *en la díada*» (D7) y «Derivación al control *de la díada* antes de los 7 a 10 días postparto en la atención primaria de salud» (D4), vemos que lo que podría parecer un conjunto de expresiones e imágenes metafóricas aisladas o aleatorias, se revela como un sistema conceptual coherente para caracterizar el campo de la maternidad en que la figura del binomio madre/hijo es fundamental. Se trata de una particular forma de construcción discursiva que remite a la metáfora conceptual del «contenedor» o «recipiente» descrita como una metáfora ontológica (Lakoff y Johnson, 1998), que consiste en una distinción de límites entre un interior y un exterior, entre un adentro y un afuera. En el primer extracto la palabra clave, es la preposición «en» la que indica «el lugar donde está algo; especialmente si está en el interior de algo» (RAE, 2020). Por otro lado, hay un uso extensivo del sustantivo «gestante» para referirse a las mujeres usuarias, y que si bien no tiene un uso metafórico propiamente tal (no se trata de una sustitución), sí es un tropo constitutivo del lenguaje de la política de salud, en tanto la gestante es el sujeto de intervención, control y cuidado. «Gestante» lo entendemos como una sinécdoque pues reemplaza el significante más amplio —mujer o usuaria— por un elemento en particular, como es la capacidad de reproducción; tomando la parte por el todo.

Vemos así que el sujeto femenino a partir de estas construcciones trópicas se construye como un parte de la díada (metáfora) y, por otro, como un ser exclusivamente reproductivo (sinécdoque) construyendo una imagen de las mujeres anclada estrictamente en su rol de madre, a tal punto que, por ejemplo, la salud mental de las mujeres se considera en estricta relación a la salud del niño y no hay ninguna referencia a la

sexualidad de las mujeres, en la forma de un fenómeno sin discurso (Callejo, 2019). Estas figuras retóricas, lejos de ser diferentes en naturaleza, ambas tienden a solaparse una a otra contribuyendo a reafirmar la imagen más extendida de la maternidad. Se evoca la idea convencional de la mujer como incompleta o como vacía y que solo puede ser llenada o completada a través de la gestación (Imaz, 2001). *La díada*, además, representa la idealización de la maternidad al tomar la forma de una ilimitada pasión de la madre hacia el hijo y como una relación mediata, fusionada y de completa unidad.

Así como la relación de las metáforas con otros tropos es constitutiva de la significación, las metáforas no operan de forma aislada (Lakoff y Johnson, 1998) y sus significados se refuerzan gracias a sus relaciones con otras metáforas. Encontramos, de este modo, un segundo conjunto de expresiones metafóricas muy vinculadas a la anterior que evocan la «lectura» de forma explícita y al «libro» de manera implícita. Se usa de forma preferente para hablar de los procesos de comunicación y relación entre la madre y el bebé, estableciendo una analogía entre cuerpo y libro. Leemos las siguientes expresiones metafóricas: «Madres que no logran *leer e interpretar* adecuadamente las señales de sus hijos(as) y actuar de manera consistente para acoger sus necesidades» (D8). El significado contextual de estas expresiones emerge de la incorporación en la intervención en salud de las emociones y la comunicación familiar bajo lo que se llama el desarrollo de la «sensibilidad parental» o el «cuidado sensible».<sup>1</sup> Si pensamos que el funcionamiento emocional no posee una estructura conceptual claramente definida (Lakoff y Johnson, 1998), el libro y la lectura permiten establecer relaciones entre un campo abstracto y un objeto concreto. De acuerdo a Vandendorpe (1999), el término «leer» que tiene su origen en el latín *legere* —recoger— está asociado a la acción de espigar en la superficie de un campo y, según el *DRAE* (2020), se define como: 1. «pasar la vista por lo escrito o impreso comprendiendo la significación de los caracteres empleados» y 2. «comprender el sentido de cualquier tipo de representación gráfica». Considerando estas definiciones, hablamos de una metáfora sedimentada, que vincula de forma estrecha a la madre y sus criaturas, y que se revela por medio de la decodificación de los estados prelingüísticos del bebé. En consecuencia, el cuerpo del niño se construye como un libro y la madre, como una hermeneuta.

---

<sup>1</sup> Se define como una habilidad de las madres «para percibir las señales y comunicaciones implícitas de la conducta del infante, interpretarlas acertadamente y, en base a ello, responder de un modo apropiado y oportuno».

Si bien la metáfora del libro podría conducirnos a diversas formas de representar la lectura, como, por ejemplo, la lectura de un libro abierto, incompleto y en relación performativa con un lector no preformado o una práctica, que tal como señala su definición, tiene que ver con las palabras y los signos gráficos, su uso y la función que toma en los textos se realiza bajo una connotación naturalística y determinista —inclusive sancionadora. Este cuerpo-libro estaría escrito en el lenguaje de una naturaleza presimbólica, es decir, por cuasi signos. Por lo que se podría definir como una metáfora de «interacción no simbólica» (Blumer, 1982) en la que la madre debe responder certeramente a las señales corporales del bebé, bloqueando los posibles conflictos de interpretación propios de cualquier acto semiótico. Esta metáfora refuerza la figura de la «diada», introduciendo ideales del yo que estructuran, en cierta medida, las normas de género asociadas a una buena y a una mala maternidad bajo adjetivos como hábil, competente o sensible, activando o sugiriendo métodos de lectura apropiados. A través de ella se justifican distinciones binarias y altamente normalizadas, ya sea entre sujetas que leen o leen correctamente de las que no leen o leen incorrectamente, siendo las segundas, en ambos casos, posicionadas en la patología, lo indeseable inclusive en el reproche moral —como se alcanza a vislumbrar en el extracto «*leen las señales del niño(a) desde el punto de vista del niño(a) y no desde el deseo del adulto*» (D4)

Otro conjunto de metáforas son las expresiones que recurren a los «animales» para proyectar sobre las relaciones familiares algunas características de especies como aves y otros mamíferos no humanos. Se trata de una metáfora bidireccional en tanto es común la representación del parentesco animal en términos humanos. Es muy significativo el extracto siguiente, que revela una forma precisa de pensar el hogar y las instituciones de cuidado infantil: «El ingreso de un niño o niña a la sala cuna, debiera consistir en el tránsito armónico *de un nido a otro nido*» (D9). De acuerdo al *DRAE* (2020), nido es definido como: «Refugio que construyen las aves con hierbas, ramas, plumas u otros materiales blandos para poner sus huevos y albergar a sus crías». Este uso del hogar e inclusive de la sala cuna, como nido, tropos recurrentes en salud —por ejemplo, el «síndrome de nido vacío»— remite a una imagen animalizada del ser humano y romántica de los niños y el hogar; una sensación protectora y armónica que bloquea las asimetrías de poder. Es evidente que tras esta metáfora los niños/as y las mujeres están más próximas a la naturaleza que a la cultura activando procesos de subalternización dentro de una lógica evolutiva.

Finalmente, la metáfora «empresarial», que se deriva de expresiones como competencias parentales, desempeño parental, lactancia exitosa, cultura del éxito, etc., inunda los textos. Leemos: «La conexión entre un intenso cuidado materno y la *cultura del éxito* parece ser intuitivamente correcta» (D10), «*el desarrollo social de nuestro país* depende crucialmente de cómo apoyemos a nuestros niños y niñas en sus etapas tempranas» (D11). Se trataría de pensar la maternidad esta vez desde un registro distinto al natural pero complementario, resultado de la incorporación de la teoría del capital humano y sus repertorios discursivos. La crianza se representa como una inversión a futuro y a la familia como una empresa en su doble acepción: como tarea, actividad, y como unidad de organización dedicada a actividades que generan ganancias y los niños/as como capital futuro. Se implementa una estrategia de intervención que plantea supuestos ideológicos concretos sobre la estructura y la dinámica de la vida familiar. Así, el cuerpo materno, además de lugar idóneo de prevención del riesgo por medio del control (Imaz, 2001), deviene lugar de proyección de ideologías económicas neoliberales que actúan como grilla de inteligibilidad del rol de la familia en la intervención sanitaria y que realzan un modo de subjetivación hacia un *homo economicus* aislado, orientado a buscar el beneficio personal y en el que los intereses de las familias se subordinan a los intereses de la maquinaria económica.

## CONCLUSIONES

Las políticas de salud, como cualquier otra práctica de significación, es el resultado de determinados recursos culturales y negociaciones activas. De este modo, la posibilidad de que establezcan una mirada objetiva de los problemas y sujetos a los que atiende está puesta en discusión, sobre todo si uno de los principales recursos utilizados por la política es la metáfora, que, desde su formación como tropo del lenguaje, aleja al discurso de su propia transparencia. En este trabajo hemos evidenciado algunas modalidades de representación de la maternidad en el discurso estatal a través del análisis de cuatro metáforas —contenedor, libro, animal y empresa— que, cabe destacar, prueba los hallazgos encontrados en el campo de la lingüística cognitiva, que indica que los textos hacen uso de ella de forma automática, relevando asociaciones y correspondencias sedimentadas respecto a la maternidad y a las madres que resultan significativas y que comportan lo que podríamos llamar el «sentido común» de la política, al punto que esta producción lingüística es comprendida y compartida por cualquier lector.

A las viejas significaciones organizadas al ya conocido «maternalismo» (Cosse, 2008; Flores y Tena, 2014) se ensamblan nuevas. Por un lado, se construye una imagen de la maternidad hermética y anclada a una supuesta naturaleza animal en que la díada se reactualiza como histórico objeto de intervención de la salud pública chilena. Esta dupla naturalizada, sin mediaciones de ningún tipo, es para Zárata y Godoy (2011) una «unidad ideológica» que afianza la maternidad como una función social y biológica que excluye al padre<sup>2</sup> y una forma de idealizar la maternidad ocultando las condiciones de desigualdad en que se ejerce, así como a las mujeres como sujetos autónomos, con sus propias necesidades en salud y deseos, sugiriendo inclusive la subordinación de la salud de las mujeres a la salud del niño/a. Esto es un obstáculo para los logros de los objetivos de equidad, dado que se pasa por alto las dificultades de las mujeres para alcanzar estos ideales normativos, posibilitar negociaciones de las identidades maternas o para incorporar y darle significado a las experiencias novedosas o de resistencias.

Esta imagen de fusión complementaria bloquea los conflictos de intereses y necesidades entre las mujeres y los niños/as ya que, como señala Rosen (2018), las instituciones de salud llevan a cabo un hacer como si estos fueran naturalmente los mismos y/o complementarios. Así, se rechaza aquello que dice promover —la participación activa de los padres y las comunidades en las tareas de cuidados. Podemos decir entonces que emerge una modalidad de gubernamentalidad (Foucault, 2008) particular, en la que los trabajos de cuidado maternos se mantienen como actividad central de la producción social de la salud, pero a la vez son objeto de nuevas modulaciones expertas que atienden a los elementos capilares de relación entre madre y criatura, entre ellos, el control de las emociones o el lenguaje —como apreciamos en la metáfora del libro— para la formación de sujetos económicos determinados por las demandas de la sociedad del conocimiento, bajo la grilla de la ideología del capital humano.<sup>3</sup> El sistema de salud, de esta manera, incorpora nuevas demandas que trascienden los polos de salud/enfermedad, ampliando su jurisdicción de forma dramática.

---

<sup>2</sup> Cabe destacar que, por motivos de espacio, no introducimos las expresiones metafóricas con las cuales se representa al padre y la paternidad. La más utilizada es la «paternidad activa», que se representa como resultado de procesos de aprendizaje. De esta forma, vemos que el padre es más remoto que la madre y que la correspondencia entre maternidad/naturaleza y paternidad/cultura es una matriz de pensamiento que cruza los objetivos del sistema.

<sup>3</sup> Parte de las intervenciones profesionales tienen que ver con la promoción de la lectura en las clases populares y lo que podríamos llamar el capital lingüístico

## **FINANCIACIÓN**

El presente trabajo fue parte del proyecto FONDECYT Iniciación n° 11160731, Ministerio de Ciencia y Tecnología/Chile: «Tecnologías de gobierno en la primera infancia y su cuidado: Un análisis discursivo del sistema protección social Chile Crece Contigo».



## BIBLIOGRAFÍA

- ARTEAGA, Catalina; IÑIGO, Isidora. Políticas sociales, modelo de desarrollo y subjetividad de grupos vulnerables en Chile. En: *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. 2015, vol. 61, pp. 209-234.
- AUSTIN, John. *Cómo hacer cosas con palabras. Palabras y cosas*. Barcelona: Paidós, 1991.
- BERRI, Marina; BREGANT, Lucía. Identificación de metonimias y metáforas: cuestiones metodológicas. En: *Lenguaje*. 2015, vol. 43, núm. 2, pp. 219-245.
- BLUMER, Herbert. *El interaccionismo simbólico. Perspectiva y método*. Madrid: Hora, 1982.
- CALLEJO, Javier. Lo que callar y discurso quieren decir para la sociología empírica. En: *Cinta Moebio*. 2019, vol. 65, pp. 194-208.
- CÁRCAMO, Hernán. Hermenéutica y análisis cualitativo. En: *Cinta Moebio*. 2005, vol. 23, pp. 204-216.
- CARO, Pamela. Análisis del programa Chile Crece Contigo desde los ideales normativos y la noción de prueba. En: *Revista de trabajo social*. 2009, vol. 77, pp. 25-37.
- CASADO, Elena. Cyborgs, nómadas, mestizas: astucias metafóricas de la praxis feminista. En: Gatti, G.; Martínez de Albeniz, I. (eds.). *Las astucias de la identidad. Figuras, territorios y estrategias de lo social contemporáneo*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, 1999, pp. 41-59.
- CASTEL, Robert. *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. México: Fondo de Cultura Económica, 2010.
- CASTILLO, Patricia. Los saberes psicológicos en el neoliberalismo: el caso de las políticas sociales y la teoría del apego en Chile. En: *Universitas Psychologica*. 2016, vol. 14, núm. 4, pp. 1325-1338.
- CONTRERAS, José; ROJAS, Vicki; CONTRERAS, Lorena. (2015). Análisis de programas relacionados con la intervención de niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos: La realidad chilena. En: *Psicoperspectivas*. 2015, vol. 14, núm. 1, pp. 89-102.
- COSSE, Isabella. Del matrimonio a la pareja: continuidades y rupturas en el modelo conyugal en buenos aires (1960-1975). En: *Anuario IEHS*. 2008, vol. 23, pp. 431-458.

- FLORES, Roberta; TENA, Olivia. Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: un tejido en tensión. En: *Íconos*. 2014, núm. 50, pp. 27-42.
- FOUCAULT, Michel. *Seguridad, territorio y población*. Madrid: Siglo XXI, 2008.
- FUENTES, Maria; BREMBECK, Helene. The construction and navigation of riskscape in public health advice and mothers' accounts of weaning. En: *Health, Risk & Society*. 2019, vol. 21, núm. 5-6, pp. 227-245.
- GARRETÓN, Manuel. *Neoliberalismo corregido y progresismo limitado: los gobiernos de la concertación en Chile, 1990-2010*. Santiago: Arcis, 2012.
- GONZÁLEZ DE REQUENA, Juan. Procesos y construcciones: Un análisis de contenido de las metáforas en dos revistas de Psicología. En: *Psicoperspectivas*. 2014, vol. 13, núm. 2, pp. 174-185.
- HARDY, Clarisa. Sistema de protección social en Chile: Red protege 2006-2010. Un Enfoque de derechos. En: *Coloquio Internacional de Seguridad Social: Protección social, inclusión y equidad*, 30 y 31 de agosto del 2011. [Consulta: 9 de marzo de 2020].
- IMAZ, Elixabete. Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo. En: *Política y Sociedad*. 2001, vol. 36, pp. 97-111.
- ÍNIGUEZ, Lupicínio. *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: EDIUOC, 2006.
- LAKOFF, George; JOHNSON, Mark. *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra, 1998.
- LIZCANO, Emmanuel. *Metáforas que nos piensan. Sobre ciencia, democracia y otras poderosas ficciones*. Madrid: Traficante de sueños, 2006.
- MAGAÑA, Irene, et al. Diversidad familiar, relaciones de género y producción de cuidados en salud en el modelo de salud familiar: análisis de caso en un Cesfam de la región metropolitana, Chile. En: *Terapia psicológica*. 2011, vol. 29, núm. 1, pp. 33-42.
- PAURA, Vilma; ZIBBECHI, Carla. Los programas de «combate a la pobreza» en las agendas de gobierno y de estudio. Condiciones de producción académica, paradigmas argumentativos y revisiones conceptuales. En: *POSTdata*. 2018, vol. 23, núm. 2, p. 379-419.
- PRAGGLEJAZ GROUP. MIP: A Method for Identifying Metaphorically Used Words. En: *Discourse, Metaphor and Symbol*. 2007, vol. 22, núm. 1, pp. 1-39.

ROSEN, Rachel; TWAMLEY, Katherine. *Feminism and the politics of childhood. Friends or foes*. London: University College London, 2018.

SOLIMANO, Andrés. *Capitalismo a la chilena*. Santiago: Catalonia, 2018.

VANDENDORPE, Christian. *Las metáforas de la lectura en Del papiro al hipertexto. Ensayo sobre las mutaciones del texto y la lectura*. México: Fondo de Cultura Económica, 1999.

ZÁRATE, María Soledad; GODOY, Lorena. Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964). En: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2011, núm. 18, pp. 131-151.

# VULNERABLES Y EMPODERADAS A LA HORA DE PARIR. ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA VULNERABILIDAD EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA<sup>1</sup>

*Vulnerable and Empowered in Childbirth. Multidimensional Analysis of Vulnerability in Obstetric Care*

Belén Castrillo<sup>1</sup>

Correo electrónico: [mbcastrillo@gmail.com](mailto:mbcastrillo@gmail.com)

1. Becaria posdoctoral del CONICET. Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales. Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Dra. en Ciencias Sociales y Lic. en Sociología. (*La Plata, Argentina*)

Recibido: 14/04/2020 Aceptado: 15/06/2020



---

<sup>1</sup> Parte de los datos de campo aquí citados emergen del trabajo doctoral publicado en la tesis de 2019 de la misma autora citada en bibliografía. Dicha tesis doctoral fue financiada con una beca tipo A de la UNLP y luego una beca de finalización de doctorado del CONICET.

## RESUMEN

**OBJETIVO.** Tomando en cuenta los dos sentidos clásicos de la vulnerabilidad en ciencias sociales —el antropológico y el social—, el propósito de este artículo es introducir la conceptualización butleriana de la vulnerabilidad —entendida como acto de poder y resistencia— como herramienta teórico-metodológica clave para entender y analizar las experiencias perinatales de las mujeres. **MATERIAL Y MÉTODO.** La tesis de referencia analizó diversas instancias de la atención médica del proceso perinatal en la ciudad de La Plata, con técnicas metodológicas complementarias: observaciones con distintos grados de participación en cursos de parto y salas de espera; entrevistas en profundidad a mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud; y un extenso corpus de charlas informales y presencias en el campo, entre 2013 y 2019. **RESULTADOS.** En el trabajo de reinterpretación del corpus de datos, se advirtieron tres sentidos principales en que emergió la vulnerabilidad de las mujeres asociadas a la atención obstétrica de sus procesos reproductivos: a) Vulnerabilidad frente a la decisión médica (pérdida de autonomía); b) Vulnerabilidad potenciada por otras vulnerabilidades asociadas; c) Vulnerabilidad y resistencia, empoderamiento. **CONCLUSIONES.** A partir del cruce entre una lente conceptual novedosa para entender la vulnerabilidad, analicé experiencias de partos de mujeres platenses. Advertí que en estas experiencias y teniendo en cuenta sus propias evaluaciones de atención en distintos ámbitos —público, privado o domicilio— es posible rastrear tres tipos de vulnerabilidad: a) a la decisión médica —pérdida de autonomía—; b) potenciada por otras vulnerabilidades; y, c) como catalizadora del empoderamiento.

*Palabras claves:* parto; vulnerabilidad; empoderamiento; atención médica.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE.** Taking into account the two classic senses of vulnerability in the social sciences—the anthropological and the social—the purpose of this article is to introduce the Butlerian conceptualization of vulnerability—understood as an act of power and resistance—as a key theoretical-methodological tool for understanding and analyzing women’s perinatal experiences. **MATERIAL AND METHOD.** The reference thesis analyzed various instances of medical care of the perinatal process in the city of La Plata, with complementary methodological techniques: observations with different degrees of participation in parturition courses and waiting rooms; in-depth interviews with women-mothers, men-fathers, and health professionals; and an extensive corpus of informal talks and presences in the field, between 2013 and 2019. **RESULTS.** In the reinterpretation of the data corpus, three main senses were noted in which the vulnerability of women associated with obstetric care of their reproductive processes emerged: a) Vulnerability to medical decision (loss of autonomy); b) Vulnerability enhanced by other associated vulnerabilities; c) Vulnerability and resistance, empowerment. **CONCLUSIONS.** Starting from the cross between a new conceptual lens to understand vulnerability, I analyzed birth experiences of women from La Plata. I warned that in these experiences and taking into account their own evaluations of care in different areas -public, private or home- it is possible to trace three types of vulnerability: a) to the medical decision—loss of autonomy—; b) powered by other vulnerabilities; and, c) as a catalyst for empowerment.

*Key words:* Childbirth; Vulnerability; Empowerment; Medical Care.

## **INTRODUCCIÓN**

Cierta idea establecida y naturalizada a nivel popular sostiene que no hay mayor momento de vulnerabilidad para una mujer que el tránsito por el proceso perinatal. No es mi intención negar esta creencia, sino señalar la posibilidad de que lo que sentencia esa idea esconda la concepción de las mujeres como incapaces para parir y la necesidad de protección e intervención médica, y que postule su subalternización como inherente al proceso. ¿Que la institución médica mantenga el estatuto de vulnerables de las pacientes para justificar su intervención no es condición de su poder? Desde el activismo feminista, en una actitud de revalorización del estigma, se postula que no es vulnerabilidad, sino el germen del empoderamiento silenciado culturalmente, lo que sucede durante el proceso de embarazo, parto y puerperio (PEPP). Así, el lema de la militancia por el parto respetado, «el poder de parir está en vos», se tensa con la doctrina de necesidad médica, en una disputa cuyo trasfondo implica la concepción sexual o médica del parto, la medicalización y patologización de los procesos reproductivos y de la salud de las mujeres (Esteban, 2001; Vals Llobet, 2009; Castrillo, 2019).

Interpelada a pensar la vulnerabilidad de las mujeres en los PEPP y su atención médica, escribo este artículo con el objetivo de reflexionar en qué sentidos al momento de parir las mujeres somos vulnerables o empoderadas. La construcción maniquea de estas dos situaciones como extremos incompatibles no permite, sin embargo, visualizar la convivencia contradictoria y tensa entre espacios e intersticios de vulnerabilidad y empoderamiento conjuntos.

Así, y a raíz de los resultados de la tesis doctoral (Castrillo, 2019) en la que investigué experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud obstétrica sobre intervenciones médicas en los PEPP en la ciudad de La Plata —capital de la provincia de Buenos Aires— entre 2013 y 2019, propongo leer dichos datos con una lente multidimensional sobre la vulnerabilidad.

## **LA MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA VULNERABILIDAD**

En la reconstrucción teórica realizada —que no pretende ser totalizante—, he advertido tres sentidos principales en que se ha pensado la vulnerabilidad y que me permiten

interpretar mi objeto de estudio. Primero, un sentido ontológico; segundo, un sentido social; y, tercero, y lo que apunta a ser el aporte de este trabajo, la combinación con el sentido aportado por Butler (2015; 2017), quien entiende a la vulnerabilidad como acto de poder, vinculada a acciones de resistencias. Son comunes a los estudios sociológicos las conceptualizaciones de los primeros dos,<sup>2</sup> tal como se resume en el siguiente fragmento:

Dos tipos de vulnerabilidad humana: una vulnerabilidad antropológica, entendida como una condición de fragilidad propia e intrínseca al ser humano, por su ser biológico y psíquico; y una vulnerabilidad socio-política, entendida como la que se deriva de la pertenencia a un grupo, género, localidad, medio, condición socio-económica, cultura o ambiente que convierte en vulnerables a los individuos. (Feito, 2007, p. 8)

Tomando en cuenta estos dos sentidos, el propósito de este artículo es introducir la conceptualización butleriana de la vulnerabilidad como herramienta teórico-metodológica clave para entender y analizar las experiencias perinatales de las mujeres. Se trata de una teorización que supone las siguientes ideas claves: la vulnerabilidad como posibilidad de resistencia o acto de poder; no como disposición subjetiva sino relacional; como una región intermedia entre ser afectado/a y actuar; vinculada fundamentalmente a la performatividad de género y a cierta política de la desigualdad, a partir de lo que ella entiende como una «distribución desigual de la vulnerabilidad». Nuclearmente, su propuesta busca denunciar el peligro de los usos dominantes de la vulnerabilidad para etiquetar poblaciones y así justificar el paternalismo y el colonialismo, o la pasividad en los sectores marginados y construidos como vulnerables.

La vulnerabilidad no es una disposición subjetiva, sino una relación con un campo de objetos, fuerzas y pasiones que inciden o nos afectan de alguna manera [...]. La vulnerabilidad no es plenamente pasiva ni plenamente activa sino que opera en una región intermedia, lo que es una característica constitutiva del animal humano que es capaz tanto de ser afectado como de actuar. (Butler, 2015, p. 16)

---

<sup>2</sup> Es clásica la teorización de Castel (1995), quien ha entendido este segundo sentido de la vulnerabilidad como «una zona de turbulencias caracterizada por una precariedad en relación al trabajo y por una fragilidad de soportes relacionales» (p. 1).

La propuesta del artículo es pensar cómo complejizar una mirada que puede ver en las mujeres «objetos de vulnerabilidad» que precisan de cuidado, control y vigilancia, con otra que sugiere que desde la misma vulnerabilidad se pueden producir «sujetos vulnerables» con capacidad de agencia. Para ello retomo la teoría de Judith Butler sobre la vulnerabilidad, reconstruyendo su argumentación a partir de dos trabajos recientes (2015; 2017) con el objetivo de considerar cómo las distintas dimensiones de análisis que propone para abordar la vulnerabilidad se vuelven herramientas clave para interrogar mi propio objeto de estudio: la atención médica de PEPP.

La premisa principal de la idea butleriana sostiene que «la vulnerabilidad, entendida como una exposición deliberada ante el poder, es parte del mismo significado de la resistencia política como acto corporal» (2015, p. 11). En este sentido, se explora y sostiene que

la resistencia política se basa, fundamentalmente, en la movilización de la vulnerabilidad y que las formas plurales o colectivas de resistencia están estructuradas de forma muy distinta a la idea de un sujeto político que establece su agentividad venciendo su vulnerabilidad; entiendo esto último como un ideal masculinista. (p. 14)

Para complejizar esta mirada, la autora alerta que «los grupos dominantes puedan usar el discurso de la “vulnerabilidad” para apuntalar sus propios privilegios» (p. 13). Y en este sentido sostiene que la etiqueta de «población vulnerable» generada por dichos grupos refuerza la sumisión y la pasividad, en tanto que

hay quienes arguyen que la vulnerabilidad no puede ser la base para una identificación grupal sin que eso refuerce el poder paternalista. Una vez que los grupos son etiquetados como «vulnerables» dentro del discurso de los derechos humanos o los regímenes legales, esos grupos acaban siendo reificados, devienen «vulnerables» por definición, quedan fijados en una posición de indefensión y falta de agentividad. Todo el poder pertenece al estado y las instituciones internacionales que a día de hoy se supone que han de ofrecerles protección y apoyo. (p. 14)

Sin embargo, a esto es preciso sumar que es posible visibilizar un uso político e instrumental de la vulnerabilidad, y no solo en manos de los poderosos, sino, también, como instrumento de resistencia de las mujeres para exigir protección estatal, derechos



específicos, recursos y beneficios. En este punto, entonces, la vulnerabilidad actúa como instrumento de poder emancipador en manos de mujeres que exigen regímenes especiales frente a la pretendida situación precaria reproductiva. Si somos consideradas vulnerables, incapaces y requeridas de control y vigilancia médica, usémoslo a nuestro favor y en esos mismos términos, exijamos de qué modos seremos medicalizadas, institucionalizadas o cuidadas. En ese marco, la agenda pública y legislativa en Argentina en torno a los derechos sexuales y reproductivos ha tenido como momentos clave en la búsqueda de emancipación la sanción de dos leyes que protegen los derechos humanos de las mujeres en la atención al proceso de parto: la ley 25.929 de 2004, conocida como «Ley de parto respetado», y la ley 26.485 de 2009, conocida como «Ley de violencia de género».

La argumentación butleriana «toma la vulnerabilidad y la invulnerabilidad como efectos políticos, efectos desigualmente distribuidos de un campo de poder que actúa sobre y a través de los cuerpos» (2017, p. 18). Y en este sentido, atraviesa la lectura considerando cómo la desigualdad de vulnerabilidades opera genéricamente.

Algunos atributos para definir los géneros, como vulnerabilidad e invulnerabilidad, son distribuidos de manera desigual desde ciertos regímenes de poder, y precisamente con el propósito de reforzar esos regímenes que privan de derechos a las mujeres. (p. 17-18)

Para mi caso de estudio, en la tesis y a partir del análisis de variados ámbitos sanitarios y de experiencias diversas de atención obstétrica —como se verá en el apartado de los resultados—, he podido advertir cómo la interseccionalidad de vulnerabilidades o de desigualdades —de clase, de edad, de etnia— le aporta otro cariz a la experiencia de maternidad. Por ejemplo, en algunos casos, la intervención médica es sumamente resistida, pero en otro es considerada una presencia estatal, garante de cuidados sanitarios en contextos de precariedad social mayores. Por tanto, a la hora de pensar si somos vulnerables al parir, es preciso analizar situadamente si hablamos de vulnerabilidades fisiológicas o biológicas, de vulnerabilidades socioculturales y económicas, o de vulnerabilidades creadas por la biomedicina, en su vertiente patriarcal y androcéntrica.

Establecidas las lentes conceptuales, a continuación presento los materiales que conforman el sustento empírico de la tesis a la que referencio en este trabajo, para luego dar paso a ciertos resultados de dicha investigación que sientan bases para la discusión respecto a la lectura a lo Butler de la vulnerabilidad femenina en el parto.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La tesis de referencia analizó diversas instancias de la atención médica del proceso perinatal en la ciudad de La Plata, con técnicas metodológicas complementarias: observaciones con distintos grados de participación en cursos de parto y salas de espera; entrevistas en profundidad a mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud; y un extenso corpus de charlas informales y presencias en el campo, desde mayo de 2013 hasta marzo de 2019. Se realizó un estudio de tipo analítico-descriptivo asentado en un abordaje cualitativo, con un diseño de investigación flexible en términos de Valles, (2000) e interactivo (Maxwell, 1996), en tanto que tiene una intención explicativa de los fenómenos sociales en proceso, analizando cómo los actores sociales configuran el marco significativo y simbólico de sus prácticas y representaciones.

Tratándose de una investigación cualitativa, la selección de los casos tuvo como criterio rector la significatividad, la relevancia respecto del tema de investigación y la saturación de la información. En lo concreto, se entrevistaron a 12 profesionales de la salud (gineco-obstetras, parteras, psicólogas, trabajadoras sociales y neonatólogas) que atienden embarazos y partos en instituciones públicas y privadas de salud de la ciudad y asisten partos domiciliarios. En paralelo, se realizaron 7 entrevistas en profundidad a mujeres-madres, siendo tres de ellas en conjunto con sus parejas (varones-padres). El objetivo de estas entrevistas, que en general duraron de promedio una hora con las profesionales y dos horas o más con las mujeres y parejas, fue conocer qué discursos emergen del diálogo, atendiendo y problematizando los sentidos genéricos asignados a la experiencia del PEPP, en particular las vinculadas a los contactos con equipos de salud. En relación con los aspectos éticos, este estudio contó con el consentimiento informado de cada persona indagada y se garantizó la confidencialidad de los datos, usando seudónimos y anonimizando referencias institucionales.

El resultado de la complementariedad de técnicas de investigación permitió contar con un corpus heterogéneo y amplio de registros de discursos, prácticas y experiencias de la atención médica de PEPP en la ciudad de La Plata para el período de estudio (2013-2019). A los fines de este artículo, me concentré en el análisis de las entrevistas a las mujeres-madres, cuyos perfiles se desglosan en la siguiente tabla.

**Tabla 1:** perfiles de entrevistados/as (mujeres-madres y varones-padres)

Entrevista	Fecha	Propio nacimiento	Perfil socioeconómico	Hijo(s)/ tipo (s) de parto (s)	Ámbito
1. Natalia (34) y Lito (36)	25/01/15	Cesárea vertical Clínica privada «Traumático»	Universitarios; comerciantes ligados al turismo	Niña Parto Vaginal «Muy lindo»	Clínica Privada
2. Sabrina (25)	03/02/17	Parto vaginal hospital privado; episiotomía y epidural	Ella ama de casa; el primer padre albañil; sin datos de los otros dos.	Niña A (20 años) Cesárea «Traumático»	Hospital Privado
				Niña B (22 años) Cesárea «Tranquila»	Hospital Público
				Niño C (24 años) Cesárea	Hospital Público
3. Valeria (23) y Santiago (23)	14/02/17	Parto vaginal «complicado»; un mes neonatología	Ella ama de casa; Él empleado en panadería	Niño A (19 años) Parto Vaginal «Caótico»	Hospital Público
				Niño B (23 años) Parto Vaginal	Hospital Público
4. Johana (33) y Damián (34)	4/09/2017	-	Universitarios; profesores.	Niño Cesárea	Hospital Privado
5. Mariana (36) y Leandro (38)	27/09/2017	Parto vaginal hospital público; «lo peor que le pasó en la vida»	Universitarios; ambos bioquímicos	Niña Parto vaginal	Hospital Privado
6. Anabel (27) y Dimitri (29)	06/03/2019	Cesárea y neonatología «protocolar»	Emprendedorxs, trabajos part-time en negocios familiares	Niño Parto vaginal	Domicilio.
7. Emilia () y Marco ()	09/03/2019	Parto vaginal	Comerciantes	Niño Parto Vaginal	Domicilio.

Fuente: elaboración propia.

## RESULTADOS

Qué fragmentos citar, de un corpus de centenares de páginas de registros de campo y de transcripción de entrevistas, que sean representativos y significativos para el tema del artículo constituye un dilema ineludible. Principalmente porque, durante los años de investigación, la vulnerabilidad en sí no fue una dimensión de análisis, por lo cual lo que presento son algunos resultados y datos que me permiten leer el material empírico en esa clave. Así, en este marco, advertí en el trabajo de reinterpretación del corpus de datos algunos sentidos en que la vulnerabilidad emergió:

- a) Vulnerabilidad frente a la decisión médica —pérdida de autonomía—.

- b) Vulnerabilidad potenciada por otras vulnerabilidades asociadas
- c) Vulnerabilidad y resistencia, empoderamiento.

Entiendo estas tres formas de expresión de la vulnerabilidad en los PEPP como convivientes y no como excluyentes, ya que considero que, en cada mujer, en cada experiencia situada de proceso perinatal, las referencias se pueden complementar. Para dar cuenta de cómo estas dimensiones emergieron en el campo, retomo algunos fragmentos en los que las entrevistadas narraron cuál era la evaluación que realizaban de su experiencia de parto, siguiendo la línea pensada por Goberna Tricas y Biurrin Garrido, quienes sostienen que

algunas mujeres reconocen que las expectativas forjadas durante el embarazo no coinciden con la realidad en el trabajo de parto. Si la realidad rompe con las expectativas previas o con la decisión previamente manifestada, puede generar cierta frustración y hacer que se sientan vulnerables. (2020, p. 92)

Así, en las evaluaciones requeridas a las mujeres sobre sus experiencias globales de parto, las referencias positivas escasean, contradiciendo o yendo en la dirección opuesta a cierta lectura crítica que se daba en los relatos. Esto es, mientras que en la mayor parte del relato no mencionaban con desagrado o cuestionamiento muchas de las intervenciones y situaciones que iban narrando, al preguntar por la totalidad del evento, la mayoría de las evaluaciones fueron negativas o, por lo menos, con críticas fundadas. Estas valoraciones negativas suelen descansar en que vinculan su experiencia con su falta de información, autoresponsabilizándose:

Fue cesárea, bueno con ciertas excusas que en ese momento para mi eran muy válidas porque yo no tenía la información que tengo ahora y era muy chica. Me dijeron que era porque estaba de cara y no dilataba y porque durante las contracciones le bajaban los latidos, que de eso yo después me di cuenta que era normal, porque bajaban y volvían a subir. Lo que pienso es que por más que yo en ese momento no lo sabía, me siento una boluda por no haber sabido que me estaban mintiendo en la cara y que el sistema se manejaba de esa manera, y yo con toda mi inocencia de que iban a buscar lo mejor para mí en vez de lo mejor para ellos. Eso es lo que a mí me duele en cuanto a mí misma. Pero yo sé que no fue culpa mía. O sea, aunque yo podría haber estado parada

de otra manera si hubiera tenido la información. (Sabrina, primer parto, privado)

Cuando terminé de parir dije: «no tengo nunca más un chico si no es cesárea». Así. En el momento que te cae la ficha que estás sola ahí, porque a mí me dejaron sola, dije «nunca más, la próxima pido cesárea. (Mariana, primer parto, privado)

En los testimonios citados de Sabrina y Mariana es evidente cómo la experiencia de vulnerabilidad se asocia al primer tipo que mencioné: vulnerabilidad frente a la decisión médica, quedando sin capacidad ni autonomía para decidir lo que por derecho les corresponde. La relación asimétrica de poder médico-paciente, que posibilita y es germen de la violencia obstétrica, atraviesa la mayoría de las experiencias recabadas en mi tesis —aunque explazarlo aquí sobre ello sería imposible.

Esa es mi historia con el nene. O sea, hoy en día no tendría episiotomía, no tendría epidural y no dejaría por ahí tanto manoseo y tanta cosa que, que a mí me, me hacía, la verdad que me hacía sentir re chiquitita, re desprotegida me sentía re desprotegida. Está bien, te genera esa necesidad de estar acompañada un parto, pero me sentí re desprotegida por, primero porque me dijeron «si no te gusta mami... este es un hospital escuela» y eso me hizo sentir desprotegida. (Valeria, primer parto, público)

El caso que narra Valeria da cuenta de una combinación entre el primer tipo de vulnerabilidad y el segundo que propuse, es decir, la interseccionalidad de vulnerabilidades. En este caso, desigualdades de clase y de género combinadas, que hacen que ella deba permitir —o no se pueda negar— la experimentación pedagógica sobre cuerpos de mujeres pobres en hospitales públicos, por el sistema de residencias médicas.

La soledad, la desprotección, las prácticas invasivas, el dolor iatrogénico y la (des)información médica son algunos de los elementos que aparecen en sus relatos. La información emerge como un elemento central de disputa en la atención médica de los PEPP y la posibilidad o el derecho de exigir otra atención como una herramienta desconocida o difícil de ejercer.

Lo que emerge del trabajo de campo es que es posible advertir claves de análisis focalizando en el ámbito de atención —público, privado o domiciliario— en el que

asistieron los PEPP. Así, uno de los elementos que es posible analizar a partir de los relatos de las entrevistadas es la diversidad de experiencias en los distintos ámbitos de atención. Por ejemplo, la diversidad de tratos en la misma institución, la importancia del derecho a la intimidad, la burocratización y el pago por asistencia, y la (im)posibilidad de parir en casa por cuestiones económicas y de vivienda.

En este marco, primero analizaré algunas particularidades que emergen en la atención en instituciones de salud privadas. En este subsector se dan ciertos privilegios vinculados a, por ejemplo, la exclusividad de la asistencia de un/a profesional (trato personalizado), aunque ese privilegio de clase conlleva muchas veces una contrapartida de dinero:

El tipo [el obstetra] este te cobra un extra por armar el equipo, por atenderte en todo momento, todo. Un extra que nada por lo que es. La atención es sumamente superior a lo que yo vi, al lado mío pasaron embarazadas que las atendieron como vacas, peor [...]. No sé si en todos los médicos es igual, pero este médico me dijo «te cobro un plus para armarte el equipo, no con médicos que te tocan de guardia ni nada». Él te arma un plus el equipo de él. La partera y la pediatra. «Te armo el equipo cuándo sea, cuando esté» y a disposición el día que sea. (Natalia y Lito, primer parto, privado)

Aquí es visible cómo la clase y la disponibilidad de recursos contrarresta ciertas vulnerabilidades a las que se exponen quienes no cuentan con ellos —y son tratadas «como vacas»—. El cobro de diferenciados no suele ser explicitado durante las consultas prenatales y no suele quedar claro bajo qué conceptos se realiza. Algunas mujeres mencionan que eso cubriría la atención de las parteras, y otras que en realidad lo que se paga es la disponibilidad total del equipo médico. Lo relevante es que a veces dichos equipos suelen mencionar que el plus se cobra para garantizar una atención respetuosa, tal como indica la ley 25.929 de parto respetado. ¿Se paga para que garanticen derechos? ¿El dinero separa a las violentadas —atención por guardia— y a las respetadas —equipo personalizado— dentro de una institución?

En este sentido emerge como clave en los discursos de muchas entrevistadas, por ejemplo, la posibilidad de acceder a habitaciones VIP, en las que no comparten hospedaje posparto con otras mujeres. En este caso hablaríamos de cierto privilegio en la hotelería, pero cuando el dinero hace variar la atención médica, la cuestión toma otro cariz. Asimismo, junto al trato personalizado y la hotelería, la posibilidad que brinda la

asistencia privada de elegir, se da el privilegio de la gestión de los tiempos, tendientes a reducir las horas de espera.

Al analizar, por otro lado, algunos factores diferenciales en la atención pública, bastaría con describir la negativa de la anterior. No hay relación exclusiva con un/a obstetra, no hay posibilidad de cambiar o elegir las condiciones de hotelería ni de gestionar los tiempos de espera. Sin embargo, emergen algunas peculiaridades que son leídas en términos positivos por las mujeres: la gratuidad y el excelente nivel médico, entre otros. El caso de Sabrina es muy interesante porque atravesó el pasaje del sector privado —primer parto— al público —segundo y tercero— y por ello pudo hacer una lectura comparativa. Se destaca que sus prejuicios o sensaciones se dirigen a la población usuaria del servicio público y no tanto a la atención o a los/as profesionales que allí atienden. De hecho, encuentra en la aparente desventaja de no tener obstetra de cabecera, una oportunidad.

No, en el público te atiende el que está.

*¿Y eso te generaba alguna incertidumbre o no?*

No, no, me sentía tranquila de que si por ahí un doctor me decía «tal cosa no se puede», por ahí con otro sí se podía. (Sabrina, segundo parto, público)

Junto a pensar las diferencias extrasistemas sanitarios, en el campo emergieron diferencias intrasistemas: Valeria narra diferencias sustanciales entre la atención que recibe en la salita —primer nivel de atención— y en el hospital —segundo nivel—, aunque afirma que: «Yo me siento como en casa en el hospital público, en Maternidad». Por último, en su relato, articula un aspecto diferencial con el tercer ámbito posible de atención: el domicilio:

Mi idea en realidad desde un principio era tenerlo acá en casa, pero sale 15 mil pesos y es una plata que yo tranquilamente... Yo quería bueno eso, lo podría haber juntado por ahí desde un principio, pero me pareció como un gasto... Como si puedo ir y hacerlo gratis, está bien es otra cosa, después me puse a pensar «¿qué hago? Tengo que correr la mesa, está mi abuelo», porque vive mi abuelo acá, «el nene». (Valeria, segundo parto, público)

Si en el análisis de las experiencias de PEPP en los ámbitos de atención institucional se advierten lo que entiendo como dos sentidos de la vulnerabilidad —frente a la decisión médica y en vínculo con otras vulnerabilidades—, al enfocar en la atención no

institucional emerge entonces el tercer sentido: la vulnerabilidad como resistencia. Si bien los dos primeros sentidos se dan tanto en el sector público como en el privado —ya que en ambos prima la mirada médica, aunque se exprese diferencialmente, y en ambos es posible la intersección de vulnerabilidades de género, clase, edad, etc.—, el tercero es más visible en el ámbito domiciliario, porque justamente parir extrainstitucionalmente es ya una expresión de empoderamiento.

Una tranquilidad de que iba todo bien o de que efectivamente estaba por nacer, que era lo que yo estaba sintiendo, porque sino era cuánto más va a durar esto. Y nada esos gritos fueron una gran sorpresa para mí también porque... O sea conocer la dimensión de ese poder, viste, muy, o sea nunca en tu vida jamás gritás tanto, entendés. Es la primera vez que gritás (se emociona) [...]. Los pujos son como que vienen solos. Venían solos o sea no era algo que yo decidía pujar, por eso también después de esa experiencia me parece re absurdo eso de «pujá, pujá», viste. Esa figura del que te dice cuándo tenés que pujar, pero bueno igual entiendo que supongo que si te ponen anestesia debe ser diferente [...]. Muy intensa esa fuerza, ese grito [...]. No, no, muy fuerte. Y yo sentía esa cosa que encima que estaba sentada ahí y sentía esa verticalidad, como una fuerza que me bajaba y que me subía a la vez. Y nada y ahí nació. (Ana, primer parto, domicilio).

Esta breve cita de una experiencia de parto domiciliario condensa elementos que permiten preguntarnos si el parto es, efectivamente, el momento de mayor vulnerabilidad de una mujer. O, en el sentido butleriano, a partir de una vulnerabilidad fisiológica, sin negarla, es posible advertir un acto de poder, de resistencia corporal de los más significativos para una mujer.

Al analizar las experiencias de las mujeres, es importante contextualizarlas en el ámbito de atención, que a la vez suele ser expresión de su perfil socioeconómico, de los partos transmitidos que traen —de hecho, al elegir clínica u hospital mencionan las experiencias de sus conocidas—, de las experiencias que construyen y cómo conciben los PEPP. Esto no quiere decir que se pueda —ni se busque— esencializar las poblaciones usuarias de los distintos ámbitos de atención obstétrica. Se trata de marcar o subrayar algunas regularidades que se corroboran con relatos de partos producidos en los años de trabajo de campo. Al respecto, Gloria Comesaña sostiene que en la atención pública las



mujeres «pagan con el dolor de sus cuerpos el pertenecer a las clases desposeídas de un país subdesarrollado» (citada por Camacaro Cuevas, 2008, p. 100).

## DISCUSIÓN

La propuesta de este artículo apunta a problematizar cómo «el momento más vulnerable de una mujer» -el parto- puede implicar más vulnerabilidades o, por el contrario, establecerse como un ámbito de resistencia, como Butler señala. Así, emerge la vulnerabilidad como arma de doble filo: nos hace más sumisas, pero allí está el germen de nuestro empoderamiento. Esto es, como mujeres somos vulnerables al control estatal y biomédico al que podemos entender como una vulnerabilidad de género o reproductiva. Y aunque el etiquetamiento como vulnerables sirve al Estado y a la institución médica para promover más y mayor vigilancia y control en pos del cuidado de la reproducción social, la reapropiación de la etiqueta para exigir de qué modos ser cuidadas en una disputa hacia la emancipación reproductiva también es posible.

A través de los fragmentos de entrevistas citados que dan cuenta de las evaluaciones que hacen de sus partos y de las diferencias de atención entre los diversos sistemas de atención sanitaria —público, privado y domiciliario— de un grupo específico de mujeres, quise visibilizar cómo a esta vulnerabilidad reproductiva se suman —o se solapan— otras vulnerabilidades de clase, edad, etnia. No nacen igual quienes nacen en «cuna de oro» que quienes nacen en piso de barro, y no paren igual sus madres. La interseccionalidad de vulnerabilidades —siendo la de género la primera para este caso de estudio— es central como dimensión de estudio de la atención obstétrica en la actualidad.

Siguiendo la argumentación butleriana, entonces, es posible afirmar que las mujeres son objeto de una distribución desigual de vulnerabilidades a la hora de parir, lo que afectará significativamente sus experiencias perinatales. Por efecto de la performatividad de género y médica en la que centralmente nos socializamos sobre cómo ser embarazadas, cómo parir, cómo criar, sujetas a una encerrona de mandatos —provenientes tanto de quienes nos oprimen como de quienes dicen liberarnos—, somos objetos de lo que denominé «vulnerabilidad a la decisión médica». Esta pérdida de autonomía para decidir en el área sexual y (no) reproductiva atraviesa la vida de las mujeres. Junto a esa vulnerabilidad general, existen interseccionalidades de vulnerabilidades, que para el caso

de estudio es posible advertir en el ámbito de atención y ver cómo la posibilidad —o no— de elegir dónde parir conlleva determinada vulnerabilidad para la misma experiencia.

Si bien el ideal de la política de humanización de PEPP implicaría que realmente no importe dónde parir, porque se estandarizaría/universalizaría una atención obstétrica respetuosa de los derechos y necesidades de las mujeres, en la actualidad existen diferencias que impactan en las experiencias de las mujeres-madres. Lo distintivo es que, si el sentido común ha establecido que acceder a los privilegios de la atención privada podría garantizar el respeto de los deseos y derechos y buenas experiencias de atención obstétrica, en la práctica hay matices, ventajas y desventajas en los distintos ámbitos. En la tesis pude corroborar que, de manera paradójica, no importa dónde parir: en todos los ámbitos conviven distintos modelos de atención, distintas expresiones de violencia obstétrica, y las relaciones médico-pacientes adquieren características más o menos respetuosas o asimétricas.<sup>3</sup>

Finalmente, y retomando el principal aporte de Butler, encuentro en experiencias de parto domiciliario<sup>4</sup> expresiones de actos de resistencia a la/s vulnerabilidad/es naturalizadas respecto al momento del parto. En las palabras de la filósofa:

La vulnerabilidad puede ser un momento incipiente y duradero de resistencia. Una vez que entendamos el modo en que la vulnerabilidad entra en la agentividad, nuestra comprensión de ambos términos puede cambiar, y se puede deshacer la oposición binaria entre ellos. Considero que deshacer este binomio es una tarea para el feminismo. (2015, p. 15)

A esta tarea busqué contribuir poniendo en escena la discusión que traje a consideración.

## CONCLUSIONES

A partir del cruce entre una lente conceptual novedosa para entender la vulnerabilidad —compuesta por la mirada clásica que cruza lo antropológico y lo social con la propuesta de Judith Butler que la piensa como el fundamento posible de un acto de resistencia—,

---

<sup>3</sup>Sobre diversas desigualdades que atraviesan la atención médica de los PEP y sus experiencias, he realizado una aproximación en Castrillo (2017).

<sup>4</sup>No quiero sugerir que las mujeres solo pueden resistirse en el ámbito domiciliario —de hecho, he estudiado cómo esta posibilidad de parir en casa emerge como un privilegio cuasielitista— sino interpretar los datos empíricos de la investigación.

analicé experiencias de partos de mujeres platenses. Advertí que en estas experiencias y teniendo en cuenta sus propias evaluaciones de atención en distintos ámbitos —público, privado o domicilio— es posible rastrear tres tipos de vulnerabilidad: a) a la decisión médica —pérdida de autonomía—; b) potenciada por otras vulnerabilidades; y, c) como catalizadora del empoderamiento.

La construcción de la lente conceptual que propuse tuvo como objetivo tensionar la idea naturalizada que sostiene que parir es el momento de mayor vulnerabilidad de una mujer —lo que en general supone pensarla incapacitada, sumisa y pasiva—, para pensar cómo en esa circunstancia, tal vez, se encuentre lo que el activismo feminista viene señalando desde hace años: el momento de mayor poder femenino, que ha incentivado la búsqueda de control de una biomedicina y un Estado patriarcal. De lo que se trata es de deconstruir esta vulnerabilidad construida alrededor de la función esencializada a las mujeres (la reproductiva) y dar cuenta no solo de la posibilidad de empoderamiento, sino las formas que asumen las instituciones para crear y potenciar esas vulnerabilidades para imponer su modo dominante de concebir y abordar médicamente los PEPP.

## BIBLIOGRAFÍA

- BUTLER, Judith. Vulnerabilidad corporal, coalición y la política de la calle. En: *Nómadas*. 2017, vol. 46, pp. 13-29.
- BUTLER, Judith. Repensar la vulnerabilidad y la resistencia. En: *XV Simposio Internacional de la Asociación Internacional de Filósofas: Filosofía, Conocimiento y Prácticas feministas*. Alcalá de Henares: IAPh, 2015, pp. 24-27.
- CAMACARO CUEVAS, Marbella. Dos sentencias masculinas: parirás con dolor... parirás acostada. En: Delgado de Smith; González (ed.). *Mujeres en el mundo. Migración, género, trabajo, historia, arte y política*. Valencia (Venezuela): Laboratorio de Investigación en Estudios del Trabajo, 2008.
- CASTEL, Robert. De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. En: *Archipiélago*. 1995, vol. 21, pp. 27-36.
- CASTRILLO, Belén. *Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos*. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de La Plata, 2019. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/78629>
- CASTRILLO, Belén. «'Yo no puedo parir en casa porque tengo piso de tierra'. Desigualdades sociales en la atención médica de embarazos y partos, y en las demandas políticas por el parto respetado». [Ponencia] IV Seminario Internacional Desigualdad y Movilidad Social en América Latina. La Plata, junio de 2017.
- ESTEBAN, Mari Luz. El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En: *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*. 2003, vol. 3, núm. 1, pp. 22-39.
- FEITO, Laura. Vulnerabilidad. En: *Anales del sistema sanitario de Navarra*; 2007, vol. 30, pp. 7-22.
- GOBERNA-TRICAS, Josefina; BIURRUN-GARRIDO, Ainoa. El alivio del dolor en el parto. Empoderamiento y vulnerabilidad de las mujeres en la toma de decisiones. Estudio cualitativo. En: *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. 2020, vol. 5, núm. 1, pp. 79-97.
- MAXWELL, Joseph. *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. Thousand Oaks: Sage, 1996
- VALLES, Miguel. *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis, 2000.
- VALLS LLOBET, Carme. *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra, 2009.

# PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN UNIVERSITARIAS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, COLOMBIA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO-TRANSVERSAL

*Body Image Perception in University Students from Barranquilla, Colombia: A  
Descriptive-Cross-Sectional Study*

Dolores Nieto-Ortiz,<sup>1</sup> Isaac Nieto-Mendoza<sup>2</sup>

Correo electrónico: [icnieto@mail.uniatlantico.edu.co](mailto:icnieto@mail.uniatlantico.edu.co)

1. Magister en Educación. Facultad de Educación. Universidad del Atlántico, Barranquilla, Colombia. (*Barranquilla, Colombia*)
2. Filósofo. Universidad del Atlántico, Barranquilla, Colombia. (*Barranquilla, Colombia*)

Recibido: 05/04/2020 Aceptado: 20/05/2020



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** La preocupación por el peso y la imagen corporal surge tanto en hombres como en mujeres; no obstante, diversos estudios han demostrado mayor inquietud sobre la percepción corporal en mujeres. La preocupación extrema por la imagen corporal puede conllevar —en la mayoría de los casos— a trastornos alimentarios, acciones extremas para estar delgadas, miedo al rechazo y a las comparaciones, sintiéndose además imposibilitadas para ser amadas. **OBJETIVO.** Caracterizar la percepción de la imagen corporal de mujeres del programa Licenciatura en Educación Especial de la Universidad del Atlántico en el semestre 2019-2, Barranquilla, Colombia. **METODOLOGÍA.** Estudio descriptivo-transversal, llevado a cabo con 150 mujeres de la Universidad del Atlántico, aplicando el Body Shape Questionnaire (BSQ), con el fin de conocer su percepción de imagen corporal, teniendo en cuenta dos criterios: la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES.** Se evidencia una tendencia de las mujeres hacia la preocupación extrema por la imagen corporal (64,7%), lo que indica insatisfacción corporal y preocupación por el peso en las universitarias estudiadas. Esto representa un factor de riesgo para el padecimiento de trastornos emocionales como depresión, ansiedad y conducta asocial; no obstante, estos resultados representan un punto de partida para la creación de campañas de sensibilización y el fomento de estilos de vida saludables, disuadiendo acciones desesperadas que puedan atentar contra su salud física y mental.

*Palabras clave:* imagen corporal; insatisfacción corporal; preocupación por el peso; universitarias; estilos de vida saludables.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** Concern about weight and body image arises in both men and women. However, several studies have shown greater concern about body perception in women. Extreme preoccupation with body image can lead —in most cases— to eating disorders, extreme actions to be thin, fear of rejection and comparisons, also feeling unable to be loved. **AIM.** To characterize the perception of the body image of women from the Bachelor of Special Education program of the Universidad del Atlántico in the 2019-2 semester, Barranquilla, Colombia. **METHODOLOGY.** Descriptive-cross-sectional study, carried out with 150 women from the Universidad del Atlántico, applying the Body Shape Questionnaire (BSQ) in order to know their perception of body image, taking into account two criteria: body dissatisfaction and weight concern. **RESULTS AND CONCLUSIONS.** Women show a tendency towards extreme concern for body image (64.7%), which indicates body dissatisfaction and weight concern in the university students that participated in the study. This represents a risk factor for emotional disorders such as depression, anxiety and asocial behavior. However, these results represent a starting point for the creation of awareness campaigns and the promotion of healthy lifestyles, discouraging desperate actions that could threaten their physical and mental health.

*Keywords:* Body Image; Body Dissatisfaction; Weight Concern; University; Healthy Lifestyles.

## INTRODUCCIÓN

La preocupación sobre el peso y la imagen corporal es preeminente en toda la población. De acuerdo con la American Psychiatric Association (1994), el exceso de preocupación por la imagen corporal trae consigo implicaciones en las conductas alimentarias de los individuos; esta insatisfacción con la imagen corporal, según Raich (2004), es más frecuente en mujeres, las cuales, afectadas por las burlas, la autopercepción negativa — sentirse feas o deformes— trae consigo no solo repercusiones negativas a nivel alimentario, sino también «consecuencias sociales negativas como rechazos, comparaciones y, lo más importante, la imposibilidad de ser amadas» (Raich, 2004, p. 19).

Diversas investigaciones han demostrado que aquellas mujeres con creencias y pensamientos persistentes con respecto a su imagen corporal se han catalogados a sí mismas como obesas o con exceso de peso, que terminan siendo, más bien, ideas sobrevaloradas y absurdos que se alejan de la realidad (González-González de Mesa et al., 2016; Guzmán-Saldaña et al., 2017; Trejo-Ortiz et al., 2016; Zueck-Enríquez et al., 2016; Soto-Montero, Guevara-Valtier y Valdez-Montero, 2017; Sim-Sim et al., 2018). Asimismo, es preciso destacar la incidencia de los cánones actuales de belleza, que están sustentados en la delgadez como un criterio determinante con respecto a la imagen corporal asertiva (Guzmán-Saldaña et al., 2017).

La problemática que llama la atención en relación con una percepción de la imagen corporal negativa en mujeres según la OMS tiene que ver con los «trastornos alimentarios», que conllevan graves alteraciones en las conductas alimentarias y el índice de masa corporal, trayendo consigo además «consecuencias psicológicas, físicas y sociales adversas» (López y Treasure, 2012, p. 86). Es así como la «imagen corporal distorsionada» incide en la autoestima femenina, induciendo, según investigaciones, a la alimentación extremadamente restringida e intentos constantes por adelgazar y no querer mantener un peso normal o saludable, recurriendo a prácticas desesperadas con el fin de sentirse bien consigo mismas y que —muchas veces— conllevan problemas de salud corporal y mental (Duno y Acosta, 2019; Rincón-Barreto et al., 2019; Santos et al., 2017).

La problemática en América Latina, de acuerdo con Amezcua (2014), muestra que «9 de cada 10 personas que presentan desórdenes alimenticios son mujeres» (p. 3), donde México, Colombia, Venezuela y Argentina son líderes en indicadores relacionados con

trastornos alimentarios asociados a la anorexia, siendo el común denominador entre las mujeres que sufren estos trastornos una baja autoestima y «el no aceptarse como son y nunca estar conformes con cómo se ven» (Amezcuca, 2014, p. 4).

En Colombia, los estudios realizados a mujeres con respecto a su imagen corporal dan cuenta de una sobrestimación de su peso, asociadas con ingestas alimentarias basadas en alimentos de alto contenido grasoso, bebidas azucaradas y consumo de dulces y fritos. Asimismo, se evidencia que al realizar medidas antropométricas —peso y talla para Índice de Masa Corporal— se hace palmaria una tendencia a indicadores normales de masa corporal (Espinosa-Lara, 2014; Lara-Cervantes y Nieto-Mendoza, 2019; Salazar-Duque, 2015; Florez-Alvarez, 2017).

En el departamento del Atlántico, de acuerdo con la investigación realizada por Lara-Cervantes y Nieto-Mendoza (2019), la sobrestimación de la imagen corporal en mujeres es preeminente; a pesar de reconocer las mujeres sus necesidades a nivel alimentario y actividad física en aras de sentirse bien consigo mismas, discrepan de adaptar a su estilo de vida conductas asertivas relacionadas con la alimentación y la práctica de actividad física moderada o vigorosa debido a que esta resulta ser una alternativa a «largo plazo», por lo cual, recurren a alternativas «de corto plazo» que implican —muchas veces— «riesgos quirúrgicos debido al consumo de suplementos nutricionales que son usados como reemplazo de la alimentación diaria» (Lara-Cervantes y Nieto-Mendoza, 2019, pp. 114-115).

En la ciudad de Barranquilla, Colombia, la investigación realizada por Borda-Pérez et al. (2016) dio cuenta de una distorsión de la imagen corporal desde la edad adolescente, discrepando de indicadores de masa corporal que reflejan un estado normal. Debe tenerse en cuenta, de acuerdo con esta investigación, que en la adolescencia se presentan:

Profundos cambios físicos y emocionales en el ser humano, desarrollándose un gran interés por la imagen corporal, y se observa que la percepción de la misma puede estar distorsionada por un conjunto de factores de riesgo propios de la adaptación y decapitación de los adolescentes a su ambiente. (p. 473)

Por su parte, en mujeres barranquilleras, de acuerdo con una investigación realizada por la Universidad del Norte en instituciones educativas femeninas, se observó una tendencia del 44,3% de adolescentes que tenían alto riesgo de desarrollar bulimia, reflejando además «alteraciones en el estado emocional tales como ansiedad en el 59,7%,



depresión en el 68,6% e insatisfacción con la imagen corporal en el 92,1%» (Borda-Pérez, 2016, p. 475).

La Universidad del Atlántico es uno de los entornos académicos que alberga un gran número de estudiantes en la Región Caribe (Universidad del Atlántico, 2017), por lo cual resulta un entorno de interés para el abordaje de este tipo de investigaciones, teniendo presente además lo que se hace palmario en este entorno con respecto a los problemas alimentarios identificados en la investigación de Nieto-Ortiz y Torrenegra-Ariza (2019) y Nieto-Ortiz y Nieto-Mendoza (2020), en la que se apreció un gran número de estudiantes con exceso de peso y obesidad, además de estilos de vida poco saludables. Cabe afirmar que, hasta el año 2019, no se han reportado estudios que busquen identificar la percepción de la imagen corporal en universitarias, lo que brinda mayor importancia a esta investigación.

Por tanto, la investigación se ha fundamentado en conocer la percepción de la imagen corporal del programa Licenciatura en Educación Especial, teniendo presente que, casi en su totalidad, la carrera tiene una preferencia por parte de las mujeres, además que está distanciada de carreras en las que se pone como supuesto que las estudiantes tengan conocimientos con respecto a los estilos de vida saludables y que son cursadas en su mayoría por mujeres como nutrición y dietética. Por tanto, este estudio pretende caracterizar la percepción de la imagen corporal de mujeres del programa Licenciatura en Educación Especial de la Universidad del Atlántico en el semestre 2019-2, Barranquilla, Colombia.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo de corte transversal, realizado en universitarias de la Facultad de Educación de la Universidad del Atlántico, Barranquilla, Colombia, en el periodo académico 2019-2. Para la participación en el estudio se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión que fuesen mujeres adscritas al programa Licenciatura en Educación Especial de la Universidad del Atlántico, matriculadas en el periodo 2019-2; por tanto, el estudio tuvo como muestra a 150 universitarias, seleccionadas de una población de 312 mujeres matriculadas en el semestre 2019-2 a través del procedimiento no probabilístico por conveniencia, representando un índice de participación del 48%.

Para la aplicación del cuestionario fue preciso contactar a las universitarias por medio de la búsqueda activa en espacios alternos a las jornadas académicas, a fin de no intervenir con su actividad educativa. Las participantes recibieron la información referente a los intereses de la investigación y sus alcances, para luego proceder a la firma del consentimiento informado y dar respuesta al cuestionario que integró el instrumento de este estudio.

El instrumento utilizado en la investigación fue el Body Shape Questionnaire (BSQ) —cuestionario de la figura corporal, en español—, haciendo uso de la validación realizada por Castrillón-Moreno et al. (2007) y utilizada en población colombiana, basada en el diseño original de Cooper et al. (1987), con un Alpha de Cronbach de 0.95, conformado por 34 ítems que se responden por medio del tipo «escala de Likert» de 6 puntos, cuyas opciones van de «nunca» hasta «siempre»; el puntaje mínimo es de 34 y el máximo de 204.

Para la presentación de los resultados, se clasificaron las preguntas teniendo en cuenta dos factores que fueron, «insatisfacción corporal» y «preocupación por el peso», tal y como se muestra en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Descripción de factores

Factores	Descripción	Número de pregunta
Factor 1	Insatisfacción corporal	1, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 29, 31 y 32
Factor 2	Preocupación por el peso	2, 4, 5, 6, 9, 16, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 33 y 34

**Fuente:** Tomado de Castrillón-Moreno et al. (2007)

Para la valoración de la percepción de la imagen corporal general, se tuvieron en cuenta los baremos utilizados en la investigación de Lara-Cervantes y Nieto-Mendoza (2019) con población universitaria de la ciudad de Barranquilla, los cuales fueron: No preocupado —puntuación <81—, leve preocupación —puntuación entre 81 y 110—, preocupación moderada —entre 111 y 140— y preocupación extrema —puntuación >140—.

Tras la aplicación del instrumento, el análisis estadístico de los resultados se efectuó por medio del programa IBM SPSS V. 23 para Windows 10. La interpretación de los datos fue por medio del análisis univariado, midiendo las variables en escala nominal y describiendo los datos mediante frecuencia, mostrando la información en tablas,

describiendo las variables numéricas a través de promedios, valor máximo y valor mínimo.

Por último, en cuanto a las consideraciones legales de la investigación, esta se acogió a los aspectos mencionados en la Resolución 8430 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (1993), especialmente en aquellos aspectos referentes a la solicitud de consentimiento informado, la protección de la identidad y la clasificación del estudio de acuerdo con sus implicaciones para con la integridad del individuo, catalogando la que corresponde a este estudio como sin riesgo.

## **RESULTADOS**

### **Características sociodemográficas**

Se estudiaron un total de 150 universitarias, con una mediana de edad de 19 años, siendo el rango de edad de mayor preeminencia 18-21 años (38,7%) y con menor 22-25 años (30%). El estrato socioeconómico de mayor frecuencia fue el «estrato 1» —bajo— (59,3%), es decir, mujeres de escasos recursos y el de menor el «estrato 4» —alto—, que alberga mujeres con mayores recursos económicos (3,3%).

En cuanto al semestre académico, hubo mayor tendencia en el rango 7-8 (41,3%) y menor en 1-3 (19,3%).

Con respecto a la percepción de imagen corporal de las universitarias, como se muestra en la Tabla 2, se evidenció mayor tendencia en la «preocupación extrema de la imagen corporal» (64,7%), seguido de «preocupación moderada» (23,3%), «leve preocupación» (7,3%) y, por último, «no preocupado» (4,7%).

**Tabla 2.** Aspectos sociodemográficos de la muestra estudiada

Criterios	n	%
<b>Edad</b>		
18-21	58	38,7%
22-25	45	30,0%
26-29	47	31,3%
<b>Estrato</b>		
1 (bajo)	89	59,3%
2 (medio-bajo)	43	28,7%
3 (medio)	13	8,7%
4 (alto)	5	3,3%
<b>Semestre</b>		
1-3	29	19,3%
4-6	59	39,3%
7-8	62	41,3%
<b>BSQ</b>		
No preocupado <81	7	4,7%
Leve preocupación	11	7,3%
Preocupación moderada	35	23,3%
Preocupación extrema	97	64,7%

**Fuente:** Elaboración propia

### **Insatisfacción corporal de las universitarias**

En la Tabla 3, se muestran los resultados con respecto a la insatisfacción corporal, donde las universitarias indagadas aseveraron, en su mayoría, siempre sentirse molestas al hacerse exámenes de su aspecto físico (39,3%), pensar que tienen glúteos, cadera, cintura o muslos demasiado grandes (84,7%), se han sentido mal con su figura llorando por ello (73,3%), evitado correr para que no les saltara la piel (50,7%), sentirse gordas por el consumo de hasta una pequeña cantidad de comida (68%), fijarse en la figura de otros y contrastarla con la suya de manera desfavorable para sí misma (86%), ha interferido en la capacidad de concentración pensar en su figura (78%), sentirse gordas mientras se duchan (96,7%), evitan llevar ropa que marque su figura (75,3%), sentirse gordas al comer dulces, pasteles u otros alimentos (92,7%), ha evitado ir a actos sociales por sentirse mal con respecto a su figura (85,3%), sentirse excesivamente gordas o llenas (79,3%), acomplejadas por su cuerpo (92%), pensado que es injusto que otras mujeres se vean más delgadas que ellas (96,7%), preocuparse por ocupar demasiado espacio cuando están al lado de otras personas (84%), sentirse mal con respecto a su figura al estar frente al espejo (92,7%) y evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver su cuerpo (88%).

Por su parte, en cuanto a la preocupación por el hecho de que sus muslos se ensanchen cuando se sientan, el 37,3% aseveró casi nunca preocuparse; asimismo, con respecto a si han vomitado para sentirse más delgadas y si han tomado laxantes para el mismo fin, las universitarias afirman «nunca» haber recurrido a estas acciones (80,7% y 92,7%, respectivamente).

**Tabla 3.** Criterios de insatisfacción corporal

Ítem	Nunca	Es raro	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. ¿Me siento molesta o enfadada al hacer un examen de mi aspecto físico?	27 (18)	22 (14,7)	15 (10)	5 (3,3)	0 (0)	59 (39,3)
3. ¿Pensé que mis nalgas, caderas, cintura o muslos eran demasiado «grandes» gordos en relación con el resto de mi cuerpo?	0 (0)	0 (0)	3 (2%)	0 (0%)	22 (14,7)	127 (84,7)
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?	5 (3,3)	0 (0)	20 (13,3)	0 (0)	15 (10)	110 (73,3)
8. ¿Has evitado correr para que tu piel no saltara?	17 (11,3)	12 (8)	5 (3,3)	2 (1,3)	38 (25,3)	76 (50,7)
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	0 (0)	56 (37,3)	0 (0%)	0 (0%)	45 (30)	49 (32,7)
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gorda?	12 (8)	3 (2)	2 (1,3)	8 (5,3)	23 (15,3)	102 (68)
12. ¿Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?	0 (0)	0 (0)	6 (4)	6 (4)	9 (6)	129 (86)
13. Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	18 (12)	15 (10)	117 (78)
14. ¿Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (3,3)	145 (96,7)
15. ¿Has evitado llevar ropa que marcasen tu figura?	0 (0)	10 (6,7)	9 (6)	0 (0)	18 (12)	113 (75,3)
17. ¿Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gorda?	0 (0%)	0 (0)	0 (0)	4 (2,7)	7 (4,7)	139 (92,7)
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (7,3)	11 (7,3)	128 (85,3)
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a y llena?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	16 (10,7)	15 (10)	119 (79,3)
20. ¿Te has sentido aconplejado/a por tu cuerpo?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (8)	138 (92)
25. ¿Has pensado que no es justo que otras mujeres sean más delgadas/os que tú?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (3,3)	145 (96,7)
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?	121 (80,7)	29 (19,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
27. Estando en compañía de otras personas, ¿Te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (8)	12 (8)	126 (84)
29. ¿Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2)	8 (5,3)	139 (92,7)
31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (4)	12 (8)	132 (88)
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?	139 (92,7)	11 (7,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

**Fuente:** Elaboración propia

## Preocupación por el peso de las universitarias

En la Tabla 4, con respecto a la preocupación por el peso, la mayoría de las universitarias afirmaron que siempre han pensado en hacer dieta debido a la preocupación por su figura (98%), tenido miedo en convertirse en gordas (100%), preocupado el que su piel no sea suficientemente firme (85,3%), sentirse gordas debido a la llenura por la comida (68,7%), reflexionado sobre su figura al estar con gente delgada (90%), imaginado cortándose partes de grasa de su cuerpo (72,7%), iniciar dieta por estar preocupadas por su figura (100%), han pensado que la figura que tienen actualmente se debe a la falta de autocontrol en la alimentación (98%), preocupación por las celulitis (88,7%), han pellizado partes de su cuerpo para ver el nivel de grasa (82%), fijarse en su figura cuando están en compañía de otros (96,7%), y han pensado en hacer ejercicio debido a la preocupación por su figura (100%).

**Tabla 4.** Criterios de preocupación por el peso

Ítem	Nunca	Es raro	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
2. ¿Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2)	147 (98)
4. ¿Has tenido miedo a convertirte en gorda (o más gorda)?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	150 (100)
5. ¿Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?	0 (0)	0 (0)	8 (5,3)	10 (6,7)	4 (2,7)	128 (85,3)
6. ¿Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gorda?	0 (0)	23 (15,3)	10 (6,7)	5 (3,3)	9 (6,0)	103 (68,7)
9. ¿Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	15 (10)	135 (90)
16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	41 (27,3)	109 (72,7)
21. ¿La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	150 (100)
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	76 (50,7)	24 (16)	50 (33,3)
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2)	147 (98)
24. ¿Te ha preocupado que la gente vea “llantitas/lorzás” en tu cintura?	76 (50,7)	35 (23,3)	18 (12)	0 (0)	9 (6)	12 (8)
28. ¿Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?	0 (0)	0 (0)	0 (0)		17 (11,3)	133 (88,7)
30. ¿Has pellizado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (6,7)	17 (11,3)	123 (82)
33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estas en compañía de otra gente?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (3,3)	145 (96,7)
34. ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	150 (100)

**Fuente:** Elaboración propia

Por su parte, con respecto a si se han preocupado de que la gente vea «llantitas» o lorzas en su cintura, el 50,7% de las universitarias aseveró nunca haberse preocupado; además, en cuanto a si se han sentido más a gusto con su figura cuando su estómago estaba vacío, las universitarias respondieron mayormente muy a menudo (50,7%).

## DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos con respecto a la percepción de la imagen corporal a nivel general, se identificó que el 64,7% de las mujeres encuestadas se preocupa de manera extrema por su imagen corporal, resultado que se asocia con el obtenido en el estudio de Lara-Cervantes y Nieto-Mendoza (2019), donde prevaleció la «preocupación extrema por la imagen corporal» con un 92% en mujeres de un municipio del departamento del Atlántico, Colombia. Esto indica, según Guimón (1999), una representación negativa de la imagen corporal, que puede estar asociada a experiencias dadas a partir de la relación de las universitarias con su contexto.

Este resultado, además, concuerda con diversas investigaciones ajenas al contexto abordado —México, Argentina y Chile—, donde el índice de masa corporal de las mujeres no era coherente con su realidad corporal, asociando su condición a la obesidad y el sobrepeso, lo cual denota una sobrestimación y distorsión de la imagen corporal (Soto-Montero, Guevara y Valdez, 2017; Borelli et al., 2016; Blanco et al., 2017). Por lo anterior, es preciso hacer énfasis en lo que asevera Rosen (1995), al referirse a la imagen corporal como la percepción del individuo sobre su propio cuerpo, estando el juicio que hará sobre este anclado a aspectos de carácter «perceptivos», «cognitivos afectivos» y «conductuales» (Cash et al., 1991; Thompson, 1990).

Con relación a la insatisfacción corporal, llaman la atención aspectos relacionados con el temor a la desnudez por sentirse obesas, el recurrir a comparativos desfavorables para sí con otras personas con respecto a su figura, recurrir al aislamiento por miedo al qué dirán, acomplejarse por su cuerpo, evitar situaciones en que la gente pudiese ver sus cuerpos y sentirse mal por su figura al extremo de angustiarse por ello. Estos resultados concuerdan con lo manifestado por Raich (2004), quien considera que la insatisfacción corporal —que es más frecuente en mujeres— conlleva a la autopercepción negativa, a los complejos, autorechazo, sentirse feas o deformes y recurrir a prácticas que pueden atentar contra su salud.

No obstante, los resultados de esta investigación reflejaron una tendencia por parte de la mayoría de las universitarias a nunca haber recurrido a prácticas para sentirse delgadas, como el consumo de laxantes o prácticas como vomitar después de las comidas. Esto discrepa de lo obtenido en la investigación realizada por Torres-Rojas, Rey y Quinchucua (2017), donde las mujeres entrevistadas en la ciudad de Villavicencio (Colombia) y que se habían realizado cirugías estéticas reconocen haber recurrido a procedimientos como liposucción y lipoescultura, debido a sentirse inconformes por su imagen corporal, influenciadas por la sociedad y las nuevas tendencias del mundo globalizado.

Es de destacar también entre los resultados la manera en que incide la percepción de la imagen corporal de las universitarias en la forma de vestir, siendo entonces el complejo determinante en la selección de atuendos, escogiendo prendas fuera de su gusto por temor al qué dirán, lo cual se asocia con lo apreciado en la investigación realizada por Guayara-Cuellar (2018), donde las mujeres con antecedentes de obesidad entrevistadas afirman evitar utilizar ropa ajustada, debido a que pueden ser mayormente visibles partes de su cuerpo que les disgustan, lo cual ha conllevado además a relacionarse con pocas personas, al aislamiento y que ha desencadenado conductas que denotan depresión y ansiedad.

Con relación a la preocupación por el peso, es posible apreciar que las mujeres temen padecer de obesidad, reflexionan sobre su figura al interactuar con gente delgada y se han fijado en su figura al estar en compañía de otros; esto se asocia con lo que encontraron Lara-Cervantes y Nieto-Mendoza (2019), donde la mayoría de mujeres indagadas reconoce tener miedo a padecer obesidad, reflexionando además sobre su figura al observar a otras personas que son delgadas ya sea en la televisión, en su contexto o con personas con las que interactúan, recurriendo a comparativos con respecto a su peso corporal que resultan casi siempre negativos para sí mismas. Cabe precisar que, diversas investigaciones han dado cuenta de la disociación entre el peso corporal real de las mujeres y su percepción de la imagen corporal, lo que se debe a ideas infundadas por la publicidad, la sociedad y los medios de comunicación (González-González de Mesa et al., 2016; Guzmán-Saldaña et al., 2017; Trejo-Ortiz et al., 2016; Zueck-Enríquez et al., 2016; Soto-Montero, Guevara-Valtier y Valdez-Montero, 2017; Sim-Sim et al., 2018).

Hay que tener presente también aspectos palmarios en la investigación con relación a la tendencia de las mujeres a la práctica de actividad física y dietas al sentirse preocupadas por su figura y reconociendo que la falta de autocontrol a la hora de ingerir alimentos ha incidido negativamente en su figura; esto puede ser aprovechado para la implementación de estrategias



desde el entorno universitario que induzcan a la práctica regular de actividad física y crear campañas de sensibilización con respecto a la alimentación sana y pautas para el cuidado del cuerpo, puesto que, a pesar de que la American Psychiatric Association (1994) afirme que el exceso de preocupación por la imagen corporal puede traer consigo desórdenes alimentarios, también reconoce que esta puede ser una ventaja para la promoción de estilos de vida saludables por medio de la concienciación sobre las implicaciones que trae consigo recurrir a prácticas que pueden poner en riesgo su vida.

Por otra parte, precisando en las limitaciones de la investigación, debido a las problemáticas que afrontó la Universidad del Atlántico, Barranquilla, Colombia en el semestre académico 2019-2 que impidieron el flujo académico normal, no fue posible considerar aplicar el cuestionario a una mayor cantidad de mujeres del mismo programa, lo cual hubiese representado resultados de mayor impacto; asimismo, no fue posible realizar un contraste entre la percepción de la imagen corporal y el índice de masa corporal (IMC) de las universitarias, siendo determinante para identificar si la imagen que tienen de su cuerpo las estudiantes concuerda con su peso corporal real.

Finalmente, se proponen como líneas de investigación futuras realizar un estudio correlacional entre la imagen corporal entre hombres y mujeres que pretenda dar a conocer qué género presenta mayor preocupación por cómo se ven y sienten con su cuerpo; además, se pretende establecer relación entre las variables «imagen corporal» e «índice de masa corporal» con el fin de identificar la sobreestimación de las universitarias de su peso corporal.

## **CONCLUSIONES**

La Universidad del Atlántico debe comprometerse a garantizar un contexto universitario saludable basado en el fomento de la actividad física y la conformación de planes de valoración de índice de masa corporal en la población femenina del entorno estudiado, con el fin de brindar pautas eficientes y coherentes con el estado nutricional de los individuos. Para ello, debe servirse de la cooperación de nutricionistas y entrenadores deportivos coordinados por la oficina de Bienestar Universitario que realicen proyectos que sean interesantes para la población universitaria, como actividades de carácter recreativo y lúdico que estén al servicio del desarrollo integral de las mujeres y sirvan para la modificación de conductas insanas que repercuten en su imagen corporal.

## BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, dsm-iv. APA, 1994. [Consulta: 18 de febrero de 2020]. Disponible en: [www.researchgate.net/publication/230002115\\_diagnostic\\_and\\_statistical\\_manual\\_of\\_mental\\_disorders\\_dsm-iv-tr](http://www.researchgate.net/publication/230002115_diagnostic_and_statistical_manual_of_mental_disorders_dsm-iv-tr)
- AMEZCUA, Valeria. Cifras de anorexia y bulimia en América Latina. 28 de julio de 2014. [Consulta: 18 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://kualifamily.com/obesidad/consejos-obesidad/cifras-de-anorexia-y-bulimia-en-america-latina/>
- BLANCO, Humberto, et al. Actividad física, imagen corporal y autoconcepto personal en jóvenes. En: *Revista de Psicología del Deporte*. 2017, vol. 26, núm. 2, pp. 25-33.
- BORDA-PÉREZ, Mariela, et al. Percepción de la imagen corporal y su relación con el estado nutricional y emocional en escolares de 10 a 13 años de tres escuelas en Barranquilla (Colombia). En: *Salud Uninorte*. 2016, vol. 32, pp. 472-482.
- BORELLI, María, et al. Estado Nutricional y Percepción de la Imagen Corporal de Embarazadas asistidas en Centros de Salud de Salta Capital, Argentina. En: *Revista Española de nutrición Humana y Dietética*. 2016, vol. 20, núm. 3, pp. 174-179.
- CASH, Thomas, et al. Body images: development, deviance and changes. En: *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1991, vol. 88, núm. 2, p. 367.
- CASTRILLÓN, Diego, et al. Validación del Body Shape Questionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. En: *Acta colombiana de psicología*. 2007, vol. 10, núm. 1, pp. 15-23
- COOPER, Peter, et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. En: *International Journal of Eating Disorders*. 1987, vol. 6, pp. 485-94.
- DUNO, Maryelin; ACOSTA, Edgar. Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. En: *Revista Chilena de Nutrición*. 2019, vol. 46, núm. 5, pp. 543-553.
- ESPINOZA-LARA, Olga. *Hábitos alimentarios, percepción de la imagen corporal y estado nutricional en mujeres adolescentes de 14 a 16 años del Colegio María Magdalena Ortega de Nariño Bogotá D.C.* [Tesis de pregrado]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2014. [Consulta: 18 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16022/EspinosaLaraOlgaPatricia2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- FLOREZ-ALVAREZ, Sergio. *Percepción de la imagen corporal de adolescentes escolares de 12 a 19 años en colegios públicos*. [Tesis de pregrado]. Bogotá: Universidad de Santander (UNDESUR), 2017. [Consulta: 18 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unidesur.edu.co/bitstream/001/96/1/PercepciBucaramanga.pdf>
- GONZÁLEZ-GONZÁLEZ DE MESA, Carmen, et al. Relación entre variables demográficas, la práctica de ejercicio físico y la percepción de la imagen corporal en estudiantes del grado de magisterio. En: *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*. 2016, vol. 29, pp. 90-94.
- GUAYARA-CUELLAR, Ángela. Autoconcepto en mujeres en situación de obesidad. [Tesis de pregrado]. Universidad Surcolombiana, 2018. [Consulta: 18 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.usco.edu.co/handle/123456789/573>
- GUIMÓN, José. *Los lugares del cuerpo*. Barcelona: Paidós, 1999.
- GUZMÁN-SALDAÑA, Rebeca, et al. Imagen corporal e índice de masa corporal en mujeres indígenas del estado. En: *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*. 2017, vol. 8, núm. 1, pp. 56-62.
- LARA-CERVANTES, Bruno; NIETO-MENDOZA, Isaac. Percepción de la imagen corporal en mujeres de 25 años del municipio de ponedera (Atlántico). En: *Biociencias*. 2019, vol. 14, núm. 4, pp. 113-127.
- LÓPEZ, Carolina; TREASURE, Janet. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. En: *Revista Médica Clínica CONDES*. 2011, vol. 22, núm. 1, pp. 85-97.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud: 4 de octubre de 1993. [Consulta: 14 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
- NIETO-ORTIZ, Dolores; NIETO-MENDOZA, Isaac. Estilo de vida de estudiantes de la Universidad del Atlántico: un estudio descriptivo-transversal. En: *Ciencia e Innovación en Salud*. 2020, pp. 1-16.
- NIETO-ORTIZ, Dolores; TORRENEGRA-ARIZA, Silvia. Relación entre el índice de masa corporal y actividad física en universitarios de la ciudad de Barranquilla en el semestre 2018-2, Universidad del Atlántico. En: *Biociencias*. 2019, vol. 14, núm.1, pp. 151-164.

- RAICH, Rosa. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. En: *Avances de psicología latinoamericana*. 2004, vol. 22, núm. 1, pp. 15-27.
- RINCÓN-BARRETO, Dubis, et al. Percepción de la Imagen corporal en universitarios de la Ciudad de Medellín. En: *Psicoespacios*. 2019, vol. 13, núm. 23, pp. 62-70.
- ROSEN, James. The nature of body dysmorphic disorder and treatment whit cognitive behavior therapy. En: *Cognitive and Behavioral Practice*. 1995, vol. 2, núm. 1, pp. 143-166.
- SALAZAR-DUQUE, Beatriz. Percepción de la imagen corporal en Embera Chamí: dimensiones corporales. En: *Revista Jangwa Pana*. 2015, vol. 14, núm. 1, pp. 34-45.
- SANTOS, Gabriel, et al. Percepción de la imagen corporal en relación a la composición corporal en estudiantes de la Universidad de Vigo. Alicante: Universidad de Alicante, 2017. [Consulta: 18 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/67305>
- SIM-SIM, Margarita, et al. Percepción de la Imagen Corporal en embarazadas en el tercer trimestre. En: *RIASE*. 2018, vol. 4, núm. 1, pp. 1310-1321.
- SOTO-MONTERO, Fabiola; GUEVARA-VATIER, Milton; VALDEZ-MONTERO, Carolina. Composición y percepción de la imagen corporal en mujeres adultas. En: *Ra Ximhai*. 2017, vol. 13, núm. 2, pp. 97-103.
- THOMPSON, Joel. *Body image disturbances: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press, 1990.
- TORRES-ROJAS, Daniela, et al. Autoconcepto en mujeres jóvenes consumidoras de cirugías plásticas estéticas de la ciudad de Villavicencio. [Tesis de pregrado]. Universidad Cooperativa de Colombia, 2017. [Consulta: 18 de febrero de 2020]. Disponible en: [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/4443/2/2017\\_autoconcepto\\_mujeres\\_consumidoras.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/4443/2/2017_autoconcepto_mujeres_consumidoras.pdf)
- TREJO-ORTIZ, Perla, et al. Hábitos de actividad física y cánones de imagen corporal en estudiantes universitarios. En: *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2016, vol. 32, núm. 1, pp. 72-82.
- ZUECK-ENRÍQUEZ, María, et al. Imagen corporal en universitarios mexicanos: diferencias entre hombres y mujeres. En: *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*. 2016, núm. 30, pp. 171-176.

# PERCEPTION OF FEMALE VIRGINITY IN THE MEDIEVAL WEST AND ITS CONCEPTUALISATION IN THE MEDIEVAL WELSH LAW CODES

*Percepción de la virginidad femenina en el Occidente medieval y su conceptualización  
en los códigos legislativos medievales galeses*

José Antonio López Sabatel

Correo electrónico: [jlopezsa13@gmail.com](mailto:jlopezsa13@gmail.com)

1. Departamento de Historia Medieval y CC y TT Historiográficas de la UNED.  
Grupo de Investigación «La sociedad en la corona de Castilla en la Baja Edad  
Media». (*Madrid, España*)

Recibido: 13/03/2020 Aceptado: 08/05/2020



## ABSTRACT

This article aims to shed some light on the perception of female virginity in the medieval West. A moral, social and legal insight, heir to the religious misogynist conceptualisation that would shape the actions of communities, families, and legislators in order to safeguard, at least until marriage, that precious good as a lost Edenic symbol of the creation still unspoiled by the original sin. In this way, both premarital sex and rape of virgins are punished severely and the preservation of the maidenhead of future brides is monetarily rewarded. All this responding to the interest of a patrilineal society that endowed women and their virginity with a unique and indissoluble value as an economic asset in the different strategies aimed at establishing strong marriage alliances between the different lineages. Consequently, the worth of women as a daughter and bride would always remain, to some extent, linked to the conservation of their virginity. Such a circumstance seems evident, under its most restrictive way, in the different rules and regulations governing marriage as well as in the varied seigneurial exactions that continued to increase the income of the lordship at the cost of restraining women's sexual freedom. As the title of this article indicates, starting from a more generalized perspective, the conceptualisation of virginity has been examined in the Welsh law and more specifically in the regulation concerning women and developed from legal entities such as *amobr*, *cowyll*, and *agweddi*.

**Keywords:** Virginity; Women; Middle Ages; Marriage; Lawcodes.

## RESUMEN

Este artículo pretende arrojar alguna luz sobre la percepción que se tenía de la virginidad femenina en el Occidente medieval. Una visión moral, social y legal, heredera de la conceptualización religiosa y misógina que condicionaría la actuación de las comunidades medievales, las familias y los legisladores en aras de salvaguardar, al menos hasta el matrimonio este preciado bien, como un símbolo edénico perdido de la creación aún no mancillada por el pecado original. De este modo, se castiga de manera severa tanto el sexo premarital como la violación de vírgenes y se premia monetariamente la preservación de la virginidad de las futuras novias. Todo ello respondiendo al interés de una sociedad patrilineal que dotaba a la mujer y su virginidad de un valor único e indisoluble como activo económico en las diferentes estrategias encaminadas a establecer férreas alianzas matrimoniales entre los diferentes linajes. En consecuencia, la estimación de la mujer como hija y novia siempre quedaría, en cierta medida, ligada a la conservación de su virginidad. Circunstancia esta que queda de manifiesto, bajo su forma más restrictiva, en las diferentes normas reguladoras del matrimonio, así como en las diversas exacciones de corte jurisdiccional que no dejan de incrementar el patrimonio del señorío a costa de restringir la libertad sexual de la mujer. Como el título de este artículo indica, partiendo de una perspectiva más generalizada de la virginidad se ha procedido a examinar su conceptualización en la ley galesa y más específicamente en aquella normativa concerniente a las mujeres y desarrollada a partir de figuras jurídicas tales como el *amobr*, *cowyll*, y *agweddi*.

**Palabras clave:** virginidad; mujeres; Edad Media; matrimonio; código legislativo.

## INTRODUCTION

As it will be demonstrated in this essay, virginity occupies a prominent place both in religious and moral teachings and in the most representative social and legal norms of the Medieval West. It is necessary to highlight the importance that the Church attached to virginity, celibacy, and sexual restraint, for everything that was related to the desire and pleasure of the body was considered sinful. Virginity was almost a *sine qua non* requirement for feminine sanctity (Cartwright, 2008). At least since the *De bono conjugaly* was written by Saint Augustine in the fifth century, the doctrine's stance has been firm: the sexual act is only lawful with the pursuit of procreation. Outside of marriage, outside this last purpose, there is nothing more than adultery and lust (Fossier, 1996).

In addition to this current of thought, or perhaps because of it, an anthropological tendency oriented towards objectifying women was developed. For instance, at the end of the twelfth century, the abbot of the Cistercian monastery of Perseigne described the figure of the woman in terms of feudal land tenure: God owns her body and her soul, but through the law of marriage He yields her body to the husband for use and enjoyment in usufruct (Duby, 1988, pp. 37-38). Thus, it is not surprising that women were in some cases identified as property and, consequently, their integral and intact conservation was considered a point of honour.

This is because, since the Early Middle Ages, a clear relationship had been established between land, fief, and honour (Hollyman, 1957, pp. 33-41). Additionally, vassalage ties—bonds that can be traced back to the prefeudal era and by which the subordinate formed an absolute fidelity to his lord—were developed over these ownerships (Magnou-Nortier, 1968, pp. 457-459). In this way, and given the image of women as a material good, it is no wonder that, just as a piece of land was only accepted in its entirety, women were also required to remain virginal for the wedding bed. It is also unsurprising that adultery and rape were considered crimes against honour—while one threatens the fidelity that the underling (the wife) must keep for his lord (the husband), the other violates the very integrity of the property (the woman) that the husband (the

feoffee) pledged to protect.<sup>1</sup> Furthermore, the essential role that women played in the game of marriage alliances, not as individuals with their own will but as valuable exchange assets,<sup>2</sup> should not be forgotten, especially considering that love cannot exist in a marriage where one cannot love what belongs to him by right (Flori, 2001, p. 242).

## METHODOLOGY AND LEGAL CONTEXT

Any approach to the elaboration of a history of women in general and their virginity in particular is limited by the idiosyncrasy of medieval sources. It is well-known that for the Christian West, sources have two characteristics that hinder the research of medieval women: first, their androcentric nature, since they were produced by men and directed to men, and, second, the irregularity concerning the quantity and quality of information on the female gender. In fact, the silence that the texts keep to the feminine for most of the Middle Ages is notorious and it is not easy to find statements coming from the hand or the mouth of women themselves. A darkness that partly seems to be lifted in the last centuries of the Middle Ages (Pallares, 2003, p. 11). As this study is limited to a previous chronology, the sources used are not unrelated to the specific aforementioned features. In this way, the following work is based on the analysis and compilation of data originating in texts from Church doctors and other leading figures of the ecclesiastical thought, literary testimonies, seigneurial requirements as well as canonical and secular laws. In short, a collection of written sources that were considered for their accessibility and suitability as the most explicit references when it comes to obtaining information about the perception of virginity in medieval times. All of these primary sources have been mostly collected and published by different authors in later studies and supported by a selective bibliography.

Among these last sources, it is worth highlighting the Welsh law codes that offer a legal context for the last part of this article. The Welsh medieval legal body remained in force in the wake of the Edwardian conquest of 1282 and was not replaced by English

---

<sup>1</sup> We are facing two sexual crimes, adultery and rape, so hideous that in parts of Castile were paid with death instead of with any type of monetary compensation (Sánchez Albornoz, 1956, pp. 619-622). For a greater understanding of the sexual objectification of women in medieval Castilian literature, see Cabanes Jiménez, 2005, pp. 1-10.

The image of women as an object is evident in the semantic evolution from the Latin verb *rapere* “to seize something” or “to abduct someone” into modern English “to rape” (Dunn, 2013, p. 2).

<sup>2</sup> To have a more complete view of this subject in medieval England, see McCarthy, 2004, pp. 78-91.



law until one year after the Act of Union in 1536. Knowledge of this native legal system comes from the compilation in lawbooks of a series of manuscripts that can be classified into one of the following groups: Book of *Iorwerth*, Book of *Blegywryd* and Book of *Cyfraith Hywel* (Law of Howel) that receives its name after Howel Dda a Welsh king considered most likely responsible for the consolidation of the Welsh law around the middle of the tenth century. However, it must be pointed out that these lawbooks are from a much later time but not earlier than the reign of Llewelyn the Great (Jenkins, 1981, p. 324). These temporal differences express the true legal essence of these compilations. Texts that in no way remained static but were continually reviewed and updated by jurists. So, three possible outcomes must be assumed: that certain regulations produced in the thirteenth-fourteenth centuries were recent innovations that had not existed before, that those norms which endured from earlier times did so anachronistically as a reminiscence of the past but deprived of real enforcement, and, eventually, that some traditional provisions continued to be living law (Encyclopædia Britannica, 2019).

Undoubtedly, the most interesting information that could be extracted from the different law codes concerning virginity and its perception in Welsh society was that of the chapters devoted to the laws of women. Such laws have their own sections in these legal books and are collected and commented in the work *The Welsh Law of Women* edited by Dafydd Jenkins and Morfydd E. Owen in 1980.

## **VIRGINITY, THE CHURCH, AND MISOGYNY**

In order to think about perceptions is necessary to reflect upon mentalities, and to do this, as far as the Middle Ages is concerned, it is essential to address the Church's influence throughout the history of Western Christianity. This influence was present in all areas of everyday life: the lives of men and women of all kinds and social statuses were imbued with religious meaning (Fossier, 1984, p. 733). Europe, therefore, was shaped into a "people of believers" who shared a conception of the world whereby the material and natural was despised for the benefit of the strictly spiritual and moral (Bloch, 2002, p. 105).

This dual understanding of creation was one of the first ways of responding to the metaphysical problem of the existence of evil. Hence, the work of God is divided, where

the creation of the material world (necessarily bad, as evil is everywhere) is opposed to that of the spiritual world, the work of the good Lord (Bonnassie, 1999, p. 77). After all, following its creation, the earthly world lost its initial Edenic innocence and evil gained power, threatening humanity with innumerable traps. Behind everything that makes the world beautiful and pleasant, including the manifestations of culture, lurk sin and the corresponding eternal damnation. The perfume of flowers, a melodious voice in the church choir, the beautiful image of a saint, and even the splendour of the house of God can lead men to perdition, his senses perverted by original sin.<sup>3</sup>

This dualistic vision that relates matter to evil and spirit to goodness extends to the interpretation of the individual. The body is defined as a prison of the soul, but at the same time, is tied to the original sin that Christianity describes as a sexual subject. Thus, sin is identified with the body (especially that of the woman), which is regarded as the chosen place of the devil, who is comfortable with the moral fragility of Eve's descendants. This explains that the Church gave prominence to the path of spiritual perfection through the persecution of the flesh and the sinful desires that emanate from it (Le Goff, 1999b, p. 41).

For this reason, it is not surprising that since the first centuries of Christianity, divine motherhood and perpetual virginity have been upstanding ideals bound together in the figure of Mary, making the mother of Christ a virtuous paradigm and example for all women (Salvador González, 2013, p. 14). Consequently, chastity, harassment, rejection of the sexual act, and, finally, martyrdom would all be common elements in the hagiographies of virgin martyrs since the first centuries of Christianity (Winstead, 1997, pp. 6-7). However, there is also a chance for repentance and conversion that leads from a libidinous and dissolute life to a pure, virginal asceticism, as demonstrated in the religious experiences of Pelagia and Thais (Cuadrada, 2017, pp. 22-23).

This ideology of sexual containment goes back to the doctrinal precepts of the fathers of the Latin Church. Among them, it is worth mentioning the predicaments of Saint Jerome, Gregory the Great, and Saint Augustine. According to the first, Adam and Eve remained virgins in paradise, with their bodies joining only after the downfall. All nuptials are therefore cursed. Nothing justifies marriage unless it serves to repopulate heaven by engendering virgins. Moreover, the husband (necessarily a fornicator) becomes an

---

<sup>3</sup> For a more comprehensive and documented view of "medieval puritanism", see Coulton, 1923, pp. 300 and ff. and pp. 527 and ff.

adulterer if he happens to love his wife with a certain passion, thus making a prostitute of her. In *Adversus Jovinianum*, Jerome discusses all possible diatribes against women and marriage in defence of pure virginity.<sup>4</sup>

For Saint Gregory, human society is divided into two: an elite that is capable of resisting the temptations of the flesh and those men and women who have not rejected marriage. The latter are inferior because marriage is tainted by pleasure. Since Adam's sin, there is no longer copulation without pleasure because the spirit of man has lost dominion over the body. Since then, the primitive law of marriage has been transgressed (Gregorio Magno, 2009, pp. 154-164).

Saint Augustine also places those who overcome the temptations of the flesh in a prominent position, and when he meditates on the Genesis, he recognizes in Adam the spiritual part of the human condition and in Eve the sensual one. Satan triumphed when he managed to harm the spirit by weakening it through the flesh. Almost all Augustinian thought is dominated by dualism: evil comes from the body, and therefore from the woman, an inferior and carnal being.<sup>5</sup>

These authoritative opinions that involve women in the world of sin, impurity, and lust influenced the perception of them throughout the Middle Ages.<sup>6</sup> For the medieval Church, women continued to be a wicked instrument of the devil, who, by using the lowest temptations of the flesh, have no purpose other than to separate man from God. This explains the risk that Saint Bernard perceives for the immortal soul of the married man, as "living with a woman without danger is more difficult than resuscitating a dead man" (Mâle, 2010, p. 373).<sup>7</sup>

Philosophy and religion strengthened ties in the thirteenth century, when Saint Thomas Aquinas reinterpreted the theories of Aristotle to justify the inferiority of women with respect to men and her submission to him (Rucquoi, 1985, pp. 6-7). Even for the Castilian monarchy of that time, women were more inclined than men toward vices of a

---

<sup>4</sup> For more information about St. Jerome's opinions about women, virginity and marriage, see Wurtele, 1983, pp. 208-236; Oppel, 1993, pp. 1-22; Hunter, 2009, pp. 207-242.

<sup>5</sup> To delve into the considerations of St. Augustine regarding evil, women, and virginity, see Clark, 1996; Rotelle, 2005.

<sup>6</sup> An example of the continuity of the ideals of virginity and chastity in England from the Anglo-Saxon period to the Late Middle Ages can be found in Hofmann, 2007.

<sup>7</sup> Translated from the original French version by the author of this article.

sexual nature, as evidenced by the treatment given to the “weaker sex” in the *Cantigas of Santa María* (Pérez de Tudela, 1986, p. 68).

As it is easy to foresee, the encounter of religion, philosophy, and political authority in the same line of thinking towards women would have a very unfavourable impact on the conception and treatment dispensed to them in all social aspects throughout the Middle Ages.

## **VIRGINITY, SOCIETY, AND RULES**

The obsessive feeling that evil came from sex took root in medieval society, thanks in large part to the power of the Church, the main agent disseminating mandatory precepts through its predicaments and teachings. Furthermore, it should not be forgotten that in the Middle Ages, religion was omnipresent and worked on two different levels. On the one hand, it was a dominant ideology supported by a temporary institution with great power; on the other hand, it was a religious belief (Le Goff, 1999a, p. 16). In fact, throughout the development of medieval Christianity, propaganda and culture were confused with each other, initially for the sole purpose of educating and converting and eventually also of making the masses more receptive to the Church’s messages (Duby, 1993, p. 200).

Consequently, the sphere of the profane was much smaller than it is today. The patient not only addressed the doctor, but also made offerings to the saints or pilgrimage to a sanctuary. The castle was built with its chapel, whose particular saint and relics are believed to be more effective as a defence than military installations and facilities. Technical deficiencies forced the use of religion. Where there were no tractors, one had to beg the local saint. And the same happened with the lack of rain and hydraulic works, with the terrible fires or with the plague and other diseases (Bloch, 1924, pp. 29-30 and 280; Bordenave and Vialelle, 1973, pp. 254-25).

The perceptions that the male and patrilineal society had of women did not differ greatly from those expressed by the Church. Sinfulness and embodiment were the words that best expressed the image projected onto everything feminine, and as a result, all women, irrespective of class, were considered sexually insatiable (Freedman, 1999, p. 159). This is one of the reasons women had to marry in adolescence (i.e., in order not to be perverted while waiting for marriage). Another reason was undoubtedly to guarantee

the continuation of the lineage by increasing the chances of a greater number of legitimate births (Klapisch-Zuber, 1999, pp. 310-311).

Thus, feminine virginity was consolidated as a *conditio sine qua non* to contract nuptials. Although the husband was committed to caring for his wife, there was no impediment to his having sex with other women during his bachelorhood or later in his widowhood. On the other hand, what was extolled and jealously guarded by all kinds of prohibitions in the girl-bride was virginity, and in the wife, constancy, because “if the natural debauchery of those wicked beings that are women is not monitored, they would threaten to introduce intruders born from another blood into the kinship” (Duby, 1988, p. 19).<sup>8</sup>

Therefore, there is little wonder that the memorandum drafted in 829 by the Carolingian bishops established that virginity should be preserved until the nuptials (Duby, 1999, p. 29). The *Fuero* of Sepúlveda, granted by Alfonso VI of León and Castile in 1076, also stipulates the obligation of women to be a virgin in order to get married (García de Cortázar, 1975, p. 434). Even beyond the Middle Ages, as late as 1587, virginity was still considered a mandatory attribute for formalizing marriage. If an Icelandic husband discovered that his wife was not a virgin, he had every right to divorce her (Arnorsdottir, 2010, p. 431). The significance of keeping virginity until the nuptials can also be deduced from the nature of the dowry in Mediterranean Europe between the fifth and eleventh centuries. During this period the dowry was the gift that the husband gave to the bride’s father the morning after the wedding night in recognition of her lost virginity. With the reception of Roman law from the eleventh century onwards, the dowry became a pre-mortem inheritance that could be used to buy alliances with high-status lineages if the amount contributed was large enough (Hughes, 1978).

Given the importance attached to premarital sexual intercourse, it is not surprising that virginity tests were conducted. Although the hymen does not appear in the Greco-Roman medical literature, Christianity accepted bodily inspections for corroborating female virginity since very early times. The idea that the existence of a tissue provided the physical evidence of virginity was introduced in European medicine under the influence of Razés and Avicenna (De Koning, 1903, p. 89). The presence of the hymen

---

<sup>8</sup> Translated from the Spanish version by the author of this article.

was an objective sign to declare marriage annulment, and virgins had to show their bodies to a group of women who would testify before the ecclesiastical court.

However, the validity of this testimony was challenged by some prominent men, such as Saint Albert the Great, who warned that there were women who used certain medications to create the false appearance of virginity before an inexperienced examiner (Stadler, 1916, p. 163). Consequently, at least in literary texts, it became necessary to go beyond conventional medical practices such as the analysis of urine and identify the virginity test as a true ordeal that the alleged virgin had to pass (Coyne Kelly, 2000, pp. 7 and 63-90). However, at this point, it should be stressed that although it is impossible to quantify the number of premarital pregnancies in medieval England, these would have been uncommon as evidenced in sixteenth-century studies that place these cases within a range of between thirteen and twenty-six per cent of all marriages (Hanawalt, 1986, p. 196).

Premarital virginity and marital fidelity were also a concern of the seigneurial system. Thus, in parts of England, the lord of the manor had the right to levy a fine upon an unchaste bondswoman if it was discovered that she had become pregnant while unmarried (*leyrwite*).<sup>9</sup> In Catalonia, however, female adultery was penalized through the “evil custom” of *cogucia* (Cuadrada, 1988, p. 633). But what perhaps best identifies the lordship with virginity is the *ius primae noctis*, or the right of the lord to deflower his vassal’s wife on the first wedding night. Although there is no record of this practice in the written law (Bullough, 1991, p. 166), its existence can be deduced through indirect references found both in Alfonso X of Castile’s *Fuero Real* from 1255 and the *Sentencia Arbitral de Guadalupe* granted by Fernando II of Aragon in 1486 (Barros, 1993, p. 5).

However, it seems that virginity did not arouse particular interest in English common law, except in some cases of “its forceful theft” (Evans, Salih and Bernau, 2003, p. 82). The penalties for raping virgins, at least in the thirteenth century, were always more severe than those for the same crime committed against married women, widows, nuns, midwives, concubines, and prostitutes, with the convicted rapist facing the loss of his eyes and testicles (Phillips, 200, p. 132). This was because, in the mentality of the time, a young woman became socially and economically worthless once her virginity was lost. The value of a woman was in her virginity, and its loss meant the deprivation of a

---

<sup>9</sup>To learn more about this seigneurial burden, see Jones, 1992; Bennett, 2003.

monetary asset that her father would have received from her marriage (Wallace, 2015, p. 62).

## VIRGINITY AND THE WELSH LAW CODES

Initially, in medieval Wales, the importance placed on virginity did not differ too much from that of the rest of Western Europe. Virginity was considered a great asset in the marriage market, and its early loss represented an enormous impairment or even irreversible damage. This explains why the most respectable form of marriage always involved a longed-for virgin offered by her kin to the prospective husband (Cartwright, 2003, p. 56).<sup>10</sup> Accordingly, one of the family's most imperative duties was to save and preserve the virginity of the future bride, which was required, as it happened in mainland Europe, for formalizing the marriage when the girl had just reached puberty.

Thus, a woman was considered marriageable between the ages of twelve and fourteen. Until then, it was a matter of honour for her kindred to safeguard her virginity from abduction and rape, as they would be demanded to vouch for her unblemished body and, according to the Colan text, also to give a surety to the spouse (Owen, 1980, p. 48). Whether or not a bride given in marriage happened to be a virgin (*twyllforwyn*), the husband had the right to divest himself of her, in which case she would not get anything from him (Jenkins and Owen, 1980, p.167). However, if the husband discovered that the woman was corrupted, but still spent the entire wedding night with her, the next morning, she would be able to keep all her entitlements as a legitimate wife. On the other hand, if the maidenhead of the bride was not entirely clear because she was in the late stages of her physical development,<sup>11</sup> she would have the right to be vindicated by the oath of seven people from her kin (Jenkins, 1999, p. 49). If this did not happen, then the "false virgin" received a one-year steer with a greased tail instead of being given the fair share of marriage wealth, or *agweddi*, associated with a legitimate separation within the first seven years. In the unlikely event that the girl managed to successfully grab the slippery tail, she would be allowed to keep the animal; if not, she got nothing (McAll, 1980, p. 9).

---

<sup>10</sup> A less respectable way for a virgin to get married was through abduction although her kindred maintained the right to compel her to return (Walters, 1980, p. 117).

<sup>11</sup> For instance, any sign of childbearing, menstruation, grown breasts and pubic hair.

Similar to what was occurring in the rest of Europe before the eleventh century through the payment of the dowry, in medieval Wales the virginity of the bride was also rewarded. However, unlike the dowry, this amount was not given by the husband to his father-in-law, but it would remain as part of his wife's personal assets (Williams, 2012, p. 43). Here, two terms appear that need to be addressed: *agweddi* and *cowyll*. The former refers to the share of the common marital property which the woman was entitled to upon a legitimate separation from her husband; the latter corresponds to the gift that the husband gave to the virgin bride the morning after the consummation of the marriage (Jenkins and Owen, 1980, pp. 187-188 and 196).

As was the case in neighbouring England, premarital sex was of interest to the seigneurial system. While in England this burden was known as Leyrwite, in Wales it was called *amobr*. This was an exaction payable to the lord of the place for the loss of virginity (Cartwright, 1997, p. 36). Originally, it was paid only once, as a sign of gratitude for the protection the king granted to virgin females. However, if a virginal woman was raped and did not know her aggressor, she would be exempt from paying the *amobr* because the king did not fulfil his duty to protect her (Patterson, 1988, p. 38). After the conquest, the English imported the Leyrwite to Wales, merging it with the *amobr*, adopting its name, and thus, assigning it the meaning of a fine for fornication, as in England.

On the other hand, the English influence did not bring the Leyrwite to either Ireland or Scotland, where there was no native seigneurial burden similar to any type of fine for out-of-wedlock sexual intercourse (Bennet, 2003, pp. 140-141). The success of the *amobr* in the thirteenth century was considerable, as it guaranteed a large source of income to the lords, especially to those who owned land in the March of Wales. In this way, the Marcher lords levied a fixed sum upon both free and unfree women (10s. or 20s. in the first case, half that amount in the second). What began as a Welsh inheritance designed to protect the virginity of women would, over time, become a simple pretext for increasing the lords' revenue by fining women every single time they were caught in illicit sexual acts until a formal declaration of prostitution was eventually issued (Davies, 2005, p. 137).

The Welsh legal system persecuted, from its early days, all crimes against property. Very soon, a correlation was established between violence and theft by imposing a maximum financial penalty of a *dirwy* of twelve-kine for these cases, among which, subject to the same fine, the crime of rape was subsequently introduced (Jones Pierce,



1972, p. 305). As it happened in mainland Europe, the forceful theft of virginity was regarded as the worst violation a girl could suffer. Of the three main groups or redactions that form the Welsh medieval legal system known as *Cyfraith Hywel*, namely, *Cyfnherth*, *Blegywryd*, and *Iorwerth*, without a doubt the latter is the one that sheds most light on the legal procedures regarding the rape of a virgin woman.<sup>12</sup>

Whereas the fee of a twelve-kine *dirwy* was established as a punishment for common violation,<sup>13</sup> the offence of taking virginity by force was considered serious enough to increase the number of fines by five.<sup>14</sup> Three of them were related to the usual payments that involved the marriage of a virgin bride: *amobr*, *cowyll*, and *agweddi*, perhaps to compensate all parties (the victim and the lord) for future losses owing to the impossibility of celebrating the most traditional and respectable of Welsh weddings, or *uniad o rodd cenedl*. The fourth fine, called *sarhaed*, was paid to the girl in acknowledgement of the dishonour and insult attached to the crime. The last one was the *diweirdeb*, or the chastity fine—as the name implies, it was paid to compensate for the violation of the victim's free state, even if the physical condition of her virginity was completely irretrievable (Owen, 1980, p. 49). While the *Iorwerth* text says nothing about the defendant's refusal or inability to pay the fines, *Llyfr Cyfnherth* imposes testicular castration as a penalty, a punishment by which can be deduced an influence of English rape laws (Eska, 2013, pp. 151-152).

## CONCLUSIONS

In Christian Europe, the Middle Ages is the time when feudalism developed, a system by which the relations of power and servitude between the lords and their vassals are shaped. The Christian doctrines that flooded all areas of life at that time were also present in these relations. The Church imposed a theocentric vision of the world, which leads to total control of everyday life. Sexuality in the Middle Ages was seen as something sinful, reprehensible and dangerous, but also as the most dreamed, meditated and secretly desired

---

<sup>12</sup> While the *Iorwerth* manuscripts are the oldest as they are probably compiled in the first half of the thirteenth century, it is also true that they represent a more developed version of the laws (Roberts, 2011, p. 2)

<sup>13</sup> Payable to the king.

<sup>14</sup> However, it should not be forgotten that in the event that a woman claimed she was still a virgin at the time of the rape, the accused had the right to subject her to a virginity test. (Jenkins and Owen, 1980, p. 177).

of all things. The Church imposed the idea on medieval society that sex is only possible within marriage and must have an exclusively reproductive purpose. Medieval thinking was influenced by the Church, and, therefore, virginity became the ideal state for returning to the prelapsarian situation—that is, before the original sin. If the laws and social norms throughout the Medieval West agreed on anything, it was the importance given to female virginity before marriage, so much so that virginity was rewarded (*cowyll*, dowry before the eleventh century). Meanwhile, premarital and out-of-wedlock sexual intercourse were subject to seigneurial exactions (*leyrwite*, *bedemund*, *cogucia*), thus increasing the lord's revenue.

Virginity was not only an economic asset for the lord but also for the virgin girl's kindred due, in large part, to the key role played by women on the great chessboard of marriage alliances. A bride's anticipated loss of virginity meant not only a severe financial setback but also a serious family dishonour, which certainly explains the harshness of the penalties for raping a virgin. Failing to keep this physical and moral condition meant that a woman had to contribute much more money to the marriage to compensate the husband for denying his right to deflower her.

The existence of a previous man, of an initiator who was not the husband, meant that the woman did not belong to the group of "good" women, befalling on her the suspicion of being prone to adultery. The remote possibility that the prospective wife was a potential adulteress was something that men preferred not to be exposed, given the risk that his manhood and value before society could be called into question. In this way, it is not surprising that in Wales, a false virgin given in marriage lost all her rights to enjoy the common marital property and to receive the corresponding morning gift, as well as being provided with only one chance to keep a one-year steer, as long as she went successfully through a ritual whose purpose was to subject her to public scorn and derision.

## REFERENCES

- ARNORSÐOTTIR, Agnes Siggerour. *Property and Virginité: The Christianization of Marriage in Medieval Iceland 1200-1600*. Aarhus: Aarhus University Press, 2010.
- BARROS GUIMERANS, Carlos. Rito y Violación: Derecho de Pernada en la Baja Edad Media. In: *Historia social*. 1993, vol. 16, pp. 3-18.
- BENNETT, Judith M. Writing Fornication: Medieval Leyrwrite and its Historians. In: *Transactions of the Royal Historical Society*. 2003, vol. 13, pp. 131-162.
- BLOCH, Marc. *Les Rois Thaumaturges, Étude sur le Caractère Surnaturel Attribué la Puissance Royale, Particulièrement en France et en Angleterre*. Strasbourg: Publications de la Faculté des lettres de l'Université de Strasbourg, 1924.
- BLOCH, Marc. *La Sociedad Feudal*. Madrid: Akal, 2002.
- BONNASSIE, Pierre. *Vocabulario Básico de la Historia Medieval*. Barcelona: Crítica, 1999.
- BORDENAVE, Jean; VIAELLE, Michel. *La Mentalité Religieuse des Paysans de l'Albigeois Médiéval*. Toulouse: Privat, 1973.
- BULLOUGH, Vern L. Ius Primae Noctis or Droit du Seigneur. In: *The Journal of Sex Research*. 1991, vol. 28, núm. 1, pp. 163-166.
- CABANES JIMÉNEZ, Pilar. El Deseo Femenino a la Luz de Algunas Composiciones Literarias Medievales. In: *Lemir: Revista de Literatura Española Medieval y del Renacimiento*. 2005, vol. 9, pp. 1-10.
- CARTWRIGHT, Jane. The Desire to Corrupt: Convent and Community in Medieval Wales. In: Watt, Diane (ed.). *Medieval Women In Their Communities*. Toronto: University of Toronto Press, 1997, pp. 20-48.
- CARTWRIGHT, Jane. Virginité and Chastity Tests in Medieval Welsh Prose. In: Evans, Ruth; Salih, Sarah; Bernau, Anke (eds.). *Medieval Virginités*. Toronto: University of Toronto Press, 2003.
- CARTWRIGHT, Jane. *Feminine Sanctity and Spirituality in Medieval Wales*. Cardiff: University of Wales Press, 2008.
- CLARK, Elizabeth A. (ed.). *St. Augustine on Marriage and Sexuality*. Washington, D.C.: The Catholic University of America Press, 1996.
- COULTON, George Gordon. *Five Centuries of Religion (vol. 1)*. Cambridge: Cambridge University Press, 1923.
- COYNE KELLY, Kathleen. *Performing Virginité and Testing Chastity in the Middle Ages*. London: Routledge, 2000.
- CUADRADA, Coral. *El Maresme Medieval: Hàbitat, Economia i Societat, Segles X-XIV*. Mataró: Rafael Dalmau, 1988.
- CUADRADA, Coral. La Lujuria y los Secretos de las Mujeres en la Edad Media. In: *Temas de mujeres*. 2017, pp. 19-40.
- DAVIES, Robert Rees. *Lordship and Society in the March of Wales 1282-1400*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- DE KONING, Pieter. *Trois Traités d'Anatomie Arabes par Muhammad Ibn Zakariyya Al-Razi, 'Ali Ibn Al-'Abbas, et 'Ali Ibn Sina; Text Inédit de Deux Traités*. Leiden: Brill, 1903.
- DUBY, Georges. *El amor en la Edad Media y otros ensayos*. Madrid: Alianza Editorial, 1988.
- DUBY, Georges. *Hombres y Estructuras de la Edad Media*. Madrid: Siglo XXI, 1993.
- DUBY, Georges. *El Caballero, la Mujer y el Cura*. Madrid: Taurus, 1999.

- DUNN, Caroline. *Stolen Women in Medieval England: Rape, Abduction, and Adultery, 1100–1500*. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.
- ENCYCLOPÆDIA BRITANNICA. Welsh law. 2019. [Access Date: April 16, 2020]. Available on: <https://www.britannica.com/topic/Welsh-law>
- ESKA, Charlene M. Imbrued in their Owne Bloud: Castration in Early Welsh and Irish Sources. In: Tracy, Larissa (ed.). *Castration and Culture in the Middle Ages*. Cambridge: D.S. Brewer, 2013.
- EVANS, Ruth; SALIH, Sarah; BERNAU, Anke. *Medieval Virginites*. Toronto: University of Toronto Press, 2003.
- FLORI, Jean. *Caballeros y Caballería en la Edad Media*. Barcelona: Paidós, 2001.
- FOSSIER, Robert. *La Infancia de Europa. Siglos X-XII. Aspectos Económicos y Sociales. 2/ Estructuras y Problemas*. Barcelona: Editorial Labor, 1984.
- FOSSIER, Robert. *La Sociedad Medieval*. Barcelona: Crítica, 1996.
- FREEDMAN, Paul. *Images of the Medieval Peasant*. Stanford: Stanford University Press, 1999.
- GARCÍA DE CORTÁZAR, José Ángel. *Nueva Historia de España en sus Textos. Edad Media*. Santiago de Compostela: Pico Sacro, 1975.
- GREGORIO MAGNO. *Regla Pastoral*. tr. sp. Paulino Gallardo. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2009.
- HANAWALT, Barbara A. *The Ties That Bound. Peasant Families in Medieval England*. Oxford: Oxford University Press, 1986.
- HOFMANN, Melissa A. Virginité and Chastity for Women in Late Antiquity, Anglo-Saxon England, and Late Medieval England: On the Continuity of Ideas. In: *TCNJ Journal of Student Scholarship*. 2007, vol. 8, pp. 1-10.
- HOLLYMAN, Kenneth James. *Le Développement du Vocabulaire Féodal en France Pendant le Haut Moyen Âge. Étude Sémantique*. Paris: Minard, 1957.
- HUGHES, Diane Owen. From Brideprice to Dowry in Mediterranean Europe. In: *Journal of Family History*. 1978, vol. 3, pp. 262–296.
- HUNTER, David G. *Marriage, Celibacy, and Heresy in Ancient Christianity: The Jovinianist Controversy*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- Jenkins, Dafydd. The Medieval Welsh Idea of Law. In: *Tijdschrift voor Rechtsgeschiedenis*. 1981, vol. 49, pp. 323–348.
- JENKINS, Dafydd. The Laws of Women. In: Jenkins, Dafydd (ed.). *Hywel Dda. The Law: Law Texts of Medieval Wales*. Llandysul: Gomer Press, 1999, pp. 45-61.
- JENKINS, Dafydd; OWEN, Morfydd (eds.). *The Welsh Law of Women*. Cardiff: University of Wales Press, 1980.
- JONES, Evan David. The Medieval Leyrwite: A Historical Note on Female Fornication. In: *The English Historical Review*. 1992, vol. 425, pp. 945-953.
- JONES PIERCE, Thomas. *Medieval Welsh Society. Selected Essays*. Cardiff: University of Wales Press, 1972.
- KLAPISCH-ZUBER, Christine. La Mujer y la Familia. In: Le Goff, Jacques (ed.). *El Hombre Medieval*. Madrid: Alianza Editorial, 1999, pp. 295-322.
- LE GOFF, Jacques. *La Civilización del Occidente Medieval*. Barcelona: Paidós, 1999a.
- LE GOFF, Jacques. *Lo Maravilloso y lo Cotidiano en el Occidente Medieval*. Madrid: Altaya, 1999b.
- MAGNOU-NORTIER, Elisabeth. Fidélité et Féodalité Méridionales d'Après les Serments de Fidélité (Xe - Début XIIe Siècle). In: *Annales du Midi: revue de la France méridionale*. 1968, vol. 89, pp. 457-484.
- MÂLE, Emile. *L'Art Religieux du XII Siècle en France (A New Release of the Original 1922 Edition)*. Paris: Kessinger Pub Co, 2010.

- MCALL, Christopher. The Normal Paradigms of a Woman's Life in the Irish and Welsh Texts. In: Jenkins, Dafydd; Owen, Morfydd E. (eds.). *The Welsh Law of Women*. Cardiff: University of Wales Press, 1980, pp. 7-22.
- MCCARTHY, Conor. *Marriage in Medieval England: Law, Literature, and Practice*. Rochester, NY: The Boydell Press, 2004.
- OPPEL, John. Saint Jerome and the History of Sex. In: *Viator*. 1993, vol. 24, pp. 1-22.
- OWEN, Morfydd E. Shame and Reparation: Women's Place in the Kin. In: Jenkins, Dafydd; Owen, Morfydd E. (eds.). *The Welsh Law of Women*. Cardiff: University of Wales Press, 1980, pp. 40-68.
- PALLARES MÉNDEZ, María del Carmen. *A Vida das Mulleres na Galicia Medieval (1100-1500)*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela, 2003.
- PATTERSON, Nery. Woman as Vassal: Gender Symmetry in Medieval Wales. In: *Proceedings of the Harvard Celtic Colloquium*. 1988, vol. 8, pp. 31-45.
- PÉREZ DE TUDELA Y VELASCO, María Isabel. El Tratamiento de la Mujer en las Cantigas de Santa María. In: *La Condición de la Mujer en la Edad Media: Actas del Coloquio Celebrado en la Casa de Velázquez, del 5 al 7 de noviembre de 1984*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1986, pp. 51-74.
- PHILLIPS, Kim Marie. Written on the Body: Reading Rape from the Twelfth to Fifteenth Centuries. In: Menuge, Noël James (ed.). *Medieval Women and The Law*. Woodbridge: The Boydell Press, 2000, pp. 125-144.
- ROBERTS, Sara Elin. *Llawysgrif Pomffred. An Edition and study of Peniarth MS 259B*. Leiden: Brill, 2011.
- ROTELLE, John E. (ed.). *Saint Augustine. Marriage and Virginity (Works of Saint Augustine: A Translation for the 21st Century)*. New York: New City Press, 2005.
- RUCQUOI, Adeline. *La Mujer Medieval*. Madrid: Cuadernos de Historia 16 (núm. 262), 1985.
- SALVADOR GONZÁLEZ, José María. Benedicta in Mulieribus: La Virgen María como Paradigma de la Mujer en la Tradición Patrística y su Posible Reflejo en la Pintura Gótica Española. In: *Mirabilia: Revista Electrónica de Historia Antigua e Medieval*. 2013, vol. 17, pp. 11-51.
- SÁNCHEZ ALBORNOZ, Claudio. *España, un Enigma Histórico*. Buenos Aires: Sudamericana, 1956.
- STADLER, Hermann (ed.). *Albertus Magnus. De Animalibus*. Münster: Aschendorff, 1916.
- WALLACE, Ashley Nicole. Jeopardized Virginity an Analysis of Rape and Spiritual Virginity in Medieval Europe. [Unpublished MA thesis]. Tallahassee: Florida State University, 2015.
- WALTERS, Dafydd B. The European Legal Context of the Welsh Law of Matrimonial Property. In: Jenkins, Dafydd; Owen, Morfydd E. (eds.). *The Welsh Law of Women*. Cardiff: University of Wales Press, 1980, pp. 115-131.
- WILLIAMS, Patricia (ed.). *Historical Texts from Medieval Wales*. London: The Modern Humanities Research Association, 2012.
- WINSTEAD, Karen A. *Virgin Martyrs: Legends of Sainthood in Late Medieval England*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1997.
- WURTELE, Douglas. The Predicament of Chaucer's Wife of Bath: St. Jerome on Virginity. In: *Florilegium*. 1983, vol. 5, pp. 208-236.