



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Vol 6  
Núm. 1  
2021

REVISTA DE  
INVESTIGACIÓN

mujer

salud

sociedad

ISSN 2385-7005

**m** **u** **s** **a** **s**

Mujeres y Vulnerabilidad:  
Intersecciones y disyuntivas

# LA LIBERTAD COMO CAMINO PARA LA SUPERACIÓN DE LA VULNERABILIDAD

*Freedom as a Way to Overcome Vulnerability*

Carme Perelló Iñiguez

Universitat de Barcelona. (Barcelona, España)

Correo electrónico: [carme.perello@hotmail.com](mailto:carme.perello@hotmail.com)



Para esta ilustración no se requiere más que una cosa, libertad; y la más inocente entre todas las que llevan ese nombre, a saber: libertad de hacer uso público de su razón íntegramente.

IMMANUEL KANT, *¿Qué es la Ilustración?*

Educadas según el estilo debilitante recomendado por los escritores a los que he censurado y sin posibilidad de recobrar el terreno perdido por su posición subordinada dentro de la sociedad, ¿es sorprendente que las mujeres parezcan en todas partes un defecto de la naturaleza? ¿Es sorprendente, cuando consideramos qué efecto definitivo tiene sobre el carácter una asociación de ideas prematura, que desprecien sus entendimientos y vuelquen toda su atención hacia sus personas?

MARY WOLLSTONECRAFT, *Vindicación de los derechos de la mujer*

Los orígenes del término «mujer», aunque bastante inciertos y diversos, suelen denotar debilidad y fragilidad. En la historia del pensamiento y de la ciencia, hemos visto como se ha intentado demostrar la inferioridad de la mujer. Autores como Aristóteles dirán: «Y también en la relación entre macho y hembra, por naturaleza, uno es superior y otro inferior, uno manda y otro obedece». Y científicos como el médico Paul Julius Moebius escribirán el libro *La inferioridad mental de la mujer* a inicios del siglo XX. Estas son solo algunas de las muestras que han dejado su semilla envenenada aún en nuestros días.

Es por esto que no es de extrañar que el concepto de «vulnerabilidad» y el de «mujer» sigan teniendo lazos indisolubles en pleno siglo XXI. Aún en este siglo no hemos conseguido que las mujeres de todo el mundo, ya que esto es cosa de todas, puedan ser libres. Libres para saber, para poder actuar según su voluntad, informadas. Libres para adquirir esta autonomía que garantiza el respeto a su dignidad como humanas y como mujeres.

Si bien hemos sido testigos de ciertos progresos, especialmente en estos dos últimos siglos, seguimos viendo en todo el mundo como a las mujeres se les niega la posibilidad de tomar sus propias decisiones, ocultando información fundamental para poder ejercer este derecho. También vemos mujeres anuladas, ya que son «propiedad» de los hombres de su familia. Mujeres a las que se les deniegan los derechos fundamentales que todos los seres humanos deberían tener garantizados, como la educación, la libertad, la salud...

El género, junto con todas las herramientas de opresión de las que se sirve (racismo, clasismo...), subyace todas estas injusticias promoviendo la vulnerabilidad que acompaña a las mujeres.

En este número de la revista *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, se trata la vulnerabilidad de las mujeres, con sus encuentros y desencuentros, en el ámbito de la salud. La salud no está exenta de esta carga de género que vivimos en otros ámbitos de la sociedad. Veremos como el género nos atraviesa en las cuestiones de salud en campos como los derechos sexuales y reproductivos, la falta de respeto de la autonomía de la paciente en relación con la maternidad, el sesgo de género en la salud mental..., del mismo modo que lo hace en la política, la religión, el empleo...

La visibilización de estas injusticias debe servir para mantener y conquistar los derechos que nos son propios a las mujeres como humanas. Como diría Marie Shear: «El feminismo es la idea radical de que las mujeres somos personas».

Hemos de concienciar sobre el sesgo de género que nos acompaña en las cuestiones de salud y seguir trabajando para su abolición en la salud y en el resto de los ámbitos sociales.

Para acabar y dar paso al conjunto de artículos escritos con tanto cariño y rigurosidad, voy a citar a Christine de Pizan, una de nuestras grandes, aunque muy olvidada, pensadora, que luchó por abolir la construcción social del género ya en el siglo XIV: «La

superioridad o inferioridad de la gente no reside en su cuerpo, atendiendo a su sexo, sino en la perfección de sus hábitos y cualidades».

## **BIBLIOGRAFÍA**

ARISTÓTELES. *Política*. Madrid: Gredos, 1988.

DE PIZAN, Christine. *La ciudad de las damas*. Madrid: Siruela, 2000.

SHEAR, Marie. Media Watch: Celebrating Women's Words. En: *New Directions for Women*. 1986, vol. 15, núm. 3, p. 6.

# DESMONTANDO EL DETERMINISMO BIOLÓGICO MEDIANTE EL GÉNERO

*Undoing Biological Determinism Through Gender*

Lorena Castellanos<sup>1</sup>

Correo electrónico: [lorenacastellanos10@hotmail.com](mailto:lorenacastellanos10@hotmail.com)

1. Investigadora asociada del Departamento de Sociología y Estudios de Género de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador. (*Quito, Ecuador*)

Recibido: 29/03/2020 Aceptado: 21/05/2020



## RESUMEN

En el presente trabajo se aborda al género como un elemento fundamental en las desigualdades sanitarias entre hombres y mujeres tanto en el acceso y relación con los servicios de salud como en los resultados diferenciales referidos a tasas de morbilidad y mortalidad. Para tal efecto y a través de un análisis sociológico de la bibliografía más relevante en cuanto a la temática, se aborda en primer lugar la salud y sus determinantes mediante el estudio de investigaciones que relacionan desigualdades en salud con desigualdades sociales, es decir, las condiciones sociales en la determinación de la salud. En segundo lugar, se abordan algunas reflexiones de la teoría feminista en cuanto al género como categoría analítica cuyo eje central es la desnaturalización de las desigualdades sociales. En tercer lugar, se abordan los estudios sobre género y salud. Estos estudios relacionan la posición de las mujeres en la sociedad, su estado de salud y su utilización de las instituciones sanitarias. Por último, se mencionan algunas consecuencias del sesgo de género en salud. De esta forma se plantea al género como el concepto analítico que desmonta al determinismo biológico en su intento de naturalizar las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, es decir, atribuirles a supuestos hechos biológicos. Se concluye que el género permite entender que las desigualdades sanitarias entre hombres y mujeres no son producto de la biología, sino de un orden social que se expresa tanto en las instituciones sociales como en las prácticas individuales.

*Palabras clave:* género; desigualdad en salud; determinantes sociales de la salud.

## ABSTRACT

In this paper, gender is addressed as a fundamental element in health inequalities between men and women, both with the access and relationship with health services and with the differential results related to morbidity and mortality rates. For this purpose and through a sociological analysis of the most relevant bibliography, this paper addresses, first of all, health and its determinants by studying the research that relates health inequalities with social inequalities, that is, social conditions in determining health. Secondly, some reflections of feminist theory regarding gender as an analytical category whose central axis is the denaturation of social inequalities are addressed. Thirdly, it examines studies on gender and health that analyze the interrelations between the position of women in society, their health condition, and their use of health institutions. Finally, some consequences of gender bias in health are mentioned. In this way, gender is considered as the analytical concept that dismantles biological determinism in its attempt to naturalize health inequalities between men and women, that is, to attribute them to alleged biological facts. We conclude that gender allows us to understand that health inequalities between men and women are not the product of biology, but of a social order that is expressed both in social institutions and in individual practices.

*Keywords:* Gender; Health Inequality; Social Determinants of Health.

## INTRODUCCIÓN

La OMS<sup>1</sup> en el *Acta Constitutiva* de la Organización (1948) y en la *Declaración de Alma Ata* (1978) define la salud como un proceso multidimensional que no da cuenta únicamente de la ausencia de afecciones y enfermedades, sino de un completo estado de bienestar físico mental y social. En dichos documentos se establece además que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social» (OMS, 1948; 1978).

En esa misma línea, la *Carta de Ottawa* (OMS, 1986) establece la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad como prerequisites para la salud. Desde esta perspectiva, la salud ya no es concebida únicamente como ámbito de la biología o de los servicios de salud, sino también del contexto en el que están inscritas las personas. De acuerdo al documento conocido como *Informe Lalonde* (1981), se reconoce que la salud es un campo que se puede dividir en cuatro elementos generales, estos son: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y las organizaciones de cuidado de la salud. De estos cuatro elementos, las últimas contribuyen únicamente en un 11 % a las condiciones de salud de la población (Lamata Cotanda, 1994). Así muchos estudios realizados constatan que el mayor consumo médico no es garantía de un mejor estado de salud (Aday, 1994; Illich, 1975; Margolis, 2013; Mckeown, 1982; OMS, 2011; Rogers, 1997).

Se observa que las variedades del medio, en particular el consumo de alimentos, la educación y los ingresos familiares, son factores que influyen más que el consumo médico en la tasa de mortalidad. Por ejemplo, el aumento de los ingresos puede ejercer un efecto negativo sobre la mortalidad y es dos veces mayor que el consumo de medicamentos. Es decir, si los ingresos sólo aumentan en la misma proporción que el consumo de servicios médicos, el beneficio que supone el aumento del consumo médico quedará anulado e invertido por el pequeño incremento de los ingresos. De manera análoga, la educación actúa sobre el nivel de vida en una proporción dos veces y media mayor que el consumo médico. Por consiguiente, para una vida prolongada,

---

<sup>1</sup>La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948 (OMS 1948).

es preferible poseer un mayor nivel de educación que un mayor consumo médico. (Foucault, 1993, p. 53).

Se entiende entonces que la salud es el resultado de la interacción de factores sociales, políticos, económicos, culturales y biológicos, es decir «una síntesis de multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que le rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional» (Briceño León, 2000, p. 15). Esa multiplicidad de factores o procesos es lo que la OMS (2008; 2011) llama «determinantes sociales de la salud», es decir, las condiciones de la sociedad en las que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece (OMS, 2011). Los determinantes sociales de la salud dan cuenta tanto de las condiciones individuales como de las estructurales, abarcando las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo, el trabajo digno, la vivienda, el medio ambiente, los sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud (OMS, 2011). De acuerdo a la OMS, «los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país» (2011).

Tomando en cuenta que el género es considerado por la OMS como un determinante social de la salud, se pretende en la presente investigación utilizar este concepto analítico para desmontar al determinismo biológico en su intento de naturalizar las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, es decir, la atribución de dichas desigualdades a supuestos hechos biológicos.

## **METODOLOGÍA**

En la presente investigación se realiza un análisis de la literatura relevante que aborda las desigualdades sanitarias entre hombres y mujeres tanto en el acceso y relación con los servicios de salud como en los resultados diferenciales referidos a tasas de morbilidad y mortalidad. Este análisis se realiza tomando en consideración la categoría género como un concepto analítico clave en la desnaturalización de las desigualdades sociales.

Luego de una búsqueda en diferentes bases de datos como EBSCO, OVID y JSTOR se selecciona la literatura relevante considerando tres ejes. El primero es el relacionado con las condiciones sociales como determinantes de la salud, que es abordado mediante de los estudios de poblaciones en situación de vulnerabilidad en salud. Estos estudios

definen a grupos humanos vulnerables como grupos que han incrementado el riesgo de problemas de salud física, psicológica y/o social. La evidencia del riesgo diferencial en dichas poblaciones incluye prematura mortalidad, incremento en la morbilidad, disminución del estado funcional y disminución en la calidad de vida (Flaskerud y Winslow, 2010; Lantz, et al., 1998; 2010; Power y Matthews, 1997). Se toma en cuenta para el efecto las investigaciones de Ada Rogers, Lu Ann Aday y David Blane entre otros.

En segundo lugar, se abordan algunas reflexiones de la teoría feminista en cuanto al género como categoría analítica cuyo eje central es la desnaturalización de las desigualdades sociales. Esto se realiza considerando los estudios de Joan Scott, Marcela Lagarde, Teresita de Barbieri, Verena Stolcke y María Jesús Izquierdo. Por último, se abordan los estudios sobre género y salud. Estos estudios relacionan la posición de las mujeres en la sociedad, su estado de salud y su utilización de las instituciones sanitarias. Para esto, se plantean las investigaciones de Jaime Breilh, Carmen Valls Llobet, Lois Verbrugge, María Pilar Matud Aznar y Elsa Gómez Gómez, entre otras.

## **DESARROLLO ARGUMENTATIVO**

Desde la perspectiva de la multicausalidad biológica y social de la salud, se aborda en el presente apartado sus determinantes sociales mediante el análisis de investigaciones que relacionan desigualdades en salud con desigualdades sociales. A continuación, se analizan los estudios que consideran al género como un concepto analítico clave en la desnaturalización de las desigualdades sociales. Por último, los que lo consideran como determinante social de la salud, es decir, estudios que relacionan la posición de las mujeres en la sociedad, su estado de salud y su utilización de las instituciones sanitarias.

### **Las condiciones sociales como determinantes de la salud**

Existe vasta literatura en el ámbito de la salud pública que relaciona las desigualdades en las condiciones de salud con dinámicas sociales. Ada Rogers (1997), por ejemplo, afirma que ciertos grupos tienen mayor probabilidad de enfermar debido a sus características inherentes e individuales, tales como edad, género, raza o etnia, apoyo social, educación, ingresos y cambios en la vida. La autora afirma que existe suficiente evidencia que apoya que algunos segmentos de la sociedad son más vulnerables a problemas de salud que otros, como por ejemplo los niños y niñas, las personas muy ancianas, las mujeres, las

minorías étnicas, las que tienen poco apoyo social, poca educación, ingresos bajos y las que están desempleadas (Rogers, 1997).

Lu Ann Aday, por su lado, también afirma que las desigualdades en salud tienen origen en experiencias sociales. Afirma que los riesgos individuales en salud se deben a la falta de ciertos recursos sociales y personales que son esenciales para el bienestar, como son el estatus social, el capital social y el capital humano (1994). Muchos otros estudios igualmente relacionan la desigualdad en salud con desigualdades socioeconómicas. Estos estudios afirman que las personas de estatus socioeconómico alto, expresado en términos de educación, ingresos, situación laboral y clase social, tienden a tener una mejor salud (Blane, 1995; Stewart Williams, et al., 2013). Desde esta perspectiva, la posición socioeconómica es teóricamente la «causa fundamental» de la salud, por lo que un mayor nivel socioeconómico confiere los recursos intrapersonales, interpersonales y contextuales necesarios para producir y mantener la salud durante toda la vida (Adler y Newman, 2002; Lantz et. al., 2010). Asimismo, afirman que la probabilidad de que un individuo se vea expuesto a múltiples factores de riesgo que pongan en peligro su salud a lo largo de su vida está influenciada poderosamente por la posición social (Power y Matthews, 1997).

En esa misma línea, estudios longitudinales han demostrado una relación inversa entre la posición socioeconómica con morbilidad y mortalidad (Lantz et al., 1998; Blane, 1995; Stewart Williams et al., 2013; Power y Matthews, 1997). De acuerdo con estos estudios, las personas de estratos sociales más bajos tienen un mayor riesgo de problemas de salud debido a que están, entre otras razones, expuestas a mayores riesgos laborales y ambientales, y porque tienen un menor acceso a servicios públicos en general y servicios de salud preventiva y curativa en particular (Lantz et al., 1998).

A pesar de que los autores mencionados anteriormente vinculan la desigualdad en salud con condiciones sociales, no abordan específicamente el género como determinante social de la salud, es decir las normas, roles y relaciones de género que afectan los indicadores de salud de una población, situación que será abordada en los siguientes apartados.

### **El género en la desnaturalización de las desigualdades sociales**

El género es considerado por la OMS (2008) como un determinante social de la salud porque incide directamente en las desigualdades sanitarias, tanto en el acceso y relación

con los servicios de salud de calidad como en los resultados diferenciales referidos a tasas de morbilidad y mortalidad a lo largo de la vida.

El género es un concepto relacional. Para Marcela Lagarde (2014), el género constituye una categoría de las ciencias sociales que permite analizar las relaciones entre hombres y mujeres en un contexto determinado. Desde esta perspectiva, las experiencias de las mujeres solamente pueden comprenderse si se analizan en sus relaciones con los hombres (Stolcke, 1992). Joan Scott (2008), por su lado, afirma que el género, que es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, la cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos, es además una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder. Desde el abordaje de la «sociología del conflicto», «los sistemas de género son arreglos institucionales históricos resultantes de vínculos de poder, que determinan las relaciones legítimas entre los seres humanos en tanto seres sexuados» (De Barbieri, 1998, p. 8). Estos arreglos institucionales históricos dan cuenta de un orden social y no biológico, por lo que las experiencias de subordinación de las mujeres no son consecuencia de sus características físicas o corporales, sino de una sociedad patriarcal y jerárquica que genera desigualdades.

A pesar de ello, persiste el hecho de explicar, a partir de la biología, la génesis de las desigualdades sociales mediante el concepto conocido como determinismo biológico (Izquierdo, 2013). El determinismo biológico presupone que hay algo en la biología humana que explica la relación de desigualdad entre hombres y mujeres. A partir de este concepto, se considera al comportamiento humano como resultado de la anatomía, fisiología y biología, al margen de la historia, la sociedad, la cultura, la política y la economía. Se considera que existen factores biológicos innatos e inmutables en el ser humano, como los órganos, las células, los genes y las hormonas que influyen en su comportamiento. Es un concepto relativamente nuevo, aparece en el contexto del tránsito de la sociedad medieval a la sociedad moderna, en la que el paradigma revelacional, es decir el conocimiento adquirido por revelación divina, cambia al científico. Además, en el tránsito de una sociedad en la que el orden jerárquico era legitimado por la voluntad divina y la tradición a una sociedad organizada en torno a un pacto social de individuos libres e iguales (Izquierdo, 2013).

Para evitar el debilitamiento de este nuevo orden basado en los principios de libertad, igualdad y fraternidad se atribuye a la biología mediante el determinismo biológico el

origen de las desigualdades sociales, produciéndose lo que Verena Stolcke (1992) denomina «naturalización de las desigualdades sociales».

La desigualdad de género en la sociedad de clases resulta de una tendencia histórica a «naturalizar» ideológicamente las desigualdades socioeconómicas que imperan. Esta «naturalización» es un subterfugio ideológico que tiene como fin reconciliar lo irreconciliable, a saber, la ilusión de que todos los seres humanos, libres e iguales por nacimiento, gozan de igualdad de oportunidades, con la desigualdad socioeconómica realmente existente, en interés de los que se benefician de esta última. Esta «naturalización» ideológica de la condición social juega un papel central en la reproducción de la sociedad de clases y explica el significado especial que se atribuye a las diferencias sexuales. (Stolcke, 1992, p. 89)

El género como concepto analítico cuestiona el determinismo biológico y su naturalización al afirmar que la desigualdad entre hombres y mujeres tiene causas sociales, culturales e históricas, no biológicas. Según Verena Stolcke, «el concepto analítico de género» pretende poner en cuestión el enunciado esencialista y universalista de que «la biología es destino» (1992, p. 89). El género permite entender que las desigualdades entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud, tanto en los resultados como en la relación con sus instituciones, tampoco son producto de la biología, sino de un orden social, histórico y cultural.

Las investigaciones de género y salud no se reducen al conocimiento de indicadores de enfermedades que afectan primordial o totalmente a un género, ni tampoco se limitan a buscar el nexo empírico de la patología femenina con factores sociales correlacionados, deben más bien explicar cómo intervienen las condiciones y relaciones de género en el proceso de determinación de la salud-enfermedad. Para hacerlo tienen que tomar en cuenta que esas relaciones se modifican históricamente y que tienen expresiones distintas en los diversos grupos humanos que una sociedad tiene. (Breilh, 1993, p. 57)

Dichas relaciones de género se expresan en el nivel macro y microsocioal, es decir en representaciones colectivas, tanto en las instituciones sociales (leyes, familia, educación, religión, política) como en las prácticas individuales (De Barbieri, 1998). A nivel microsocioal, las diferencias en las condiciones de salud dan cuenta de roles, normas y una socialización diferencial de género. A nivel macrosocioal, las instituciones de salud, sus

discursos y sus agentes refuerzan la socialización diferencial de género mediante dispositivos de disciplinamiento con los que se sanciona su acatamiento o desviación.

### **Estudios sobre género como determinante social de la salud**

Los estudios sobre género como determinante social de la salud apuntan a entender la relación entre la posición social de las mujeres, su estado de salud en términos de morbimortalidad, y su relación con las instituciones sanitarias. Dentro de estos estudios, se encuentran los aportes de Jaime Breilh (1991; 1993; 1996; 1999), que incorpora la categoría género en el análisis de la epidemiología crítica o investigación de los fenómenos colectivos de la salud, no como una variable más, sino como una perspectiva para una transformación profunda de la vida humana (Breilh, 1996). Al respecto de la importancia de la categoría género en su trabajo, el autor afirma:

En definitiva lo que nuestro trabajo plantea, unas veces de manera implícita y otras explícita, es que la epidemiología de género no se reduce a la investigación de indicadores de morbilidad y mortalidad que afectan a la mujer, total o principalmente, ni a los contrastes estadísticos entre sexos, por importante que ese tipo de análisis sea. La idea que deseamos empujar es la de que "género" no es una variable interesante para estratificación, ni es sólo un problema conceptual como categoría teórica, es fundamentalmente una perspectiva humana y política para enfocar la lucha por la salud y la defensa de la vida. (1996, p. 52)

Por su lado, Carme Valls-Llobet (2000) plantea que solamente una visión de los problemas de salud basada en lo biológico, psicológico y social puede aportar un modelo para estudiar las desigualdades de género en el terreno de la salud. La autora afirma que existe un sesgo de género en la atención médica en el que se asume en primer lugar una mirada androcéntrica que considera al hombre como la medida de las enfermedades, impidiendo visibilizar los problemas de salud específicos de las mujeres. Según la autora, esta mirada androcéntrica se evidencia en la mayoría de los ensayos clínicos que se realizan únicamente a hombres, suponiendo que los resultados se pueden aplicar automáticamente a las mujeres, además en que los factores de riesgo y los protectores para la salud detectados en hombres se extrapolan directamente a mujeres (Valls-Llobet, 2000). El sesgo de género se evidencia también en la noción que tienen profesionales sanitarios y actores políticos de que la salud de las mujeres da cuenta únicamente de

aspectos reproductivos, ocultándose los efectos del trabajo de producción y cuidado en la salud de las mujeres (Valls-Llobet, 2000).

La autora afirma que, como resultado de este sesgo de género en la atención sanitaria, se invisibilizan la morbilidad diferencial de género y las manifestaciones diferenciales de la enfermedad; además, el proceso de atención y de tratamiento médico se ve condicionado (Valls-Llobet, 2000). Por ejemplo, algunos estudios (Cafferata y Meyers, 1990, citado por Paltiel, 1993) han comprobado que se recetan a mujeres más medicamentos psicotrópicos, incluso ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, antipsicóticos y antidepresivos, que a hombres aproximadamente en una proporción estimada de dos a uno. Heather Ashton (1991) confirma esta afirmación en un estudio en el que observó que se prescriben más del doble de psicotrópicos en mujeres europeas y norteamericanas que en hombres, concluyendo que existe un sesgo de género en el diagnóstico médico y en la elección del medicamento. Además, afirma que el uso excesivo de drogas psicotrópicas para las mujeres es inapropiado y no está estrechamente relacionado con los síntomas o condiciones para las cuáles se prescriben, por lo que el uso crónico de dichos fármacos especialmente benzodiacepinas puede agravar el problema al inducir la dependencia y los síntomas de abstinencia.

Lois Verbrugge, quien realiza un resumen de las investigaciones empíricas, especialmente de investigaciones sociológicas de un período entre 10 y 15 años sobre la relación entre género y salud, afirma que «las diferencias de sexo en la salud son principalmente el resultado de los riesgos diferenciales adquiridos de los roles, del estrés, de los estilos de vida y de prácticas preventivas de salud» (1985, p. 156). María Pilar Matud Aznar (2008), otra autora que trabaja el tema de la salud desde la perspectiva de género destaca la relevancia de los factores sociales en el surgimiento y desarrollo de las diferencias de género en salud. Menciona que a pesar del peso del modelo biomédico que trata de explicar dichas diferencias desde la biología, «existen pocos descriptores moleculares de factores de riesgo para la salud asociados específicamente al género» (Rin y Zinder, 2005; citado por Matud Aznar, 2008). Afirma que, desde una perspectiva social, «los estados de salud están ordenados y constreñidos por los mecanismos de control social y la distribución de los recursos de poder» (2008, p. 77).

Elsa Gómez Gómez realiza un estudio empírico sobre la equidad en la de utilización de los servicios de salud en siete países de América Latina y el Caribe, concluyendo que

las diferencias en el consumo de los servicios de salud entre hombres y mujeres responden a diferentes causas:

A distintos tipos de necesidades de atención; a patrones de socialización diferencial con respecto al reconocimiento de los síntomas, la percepción de la enfermedad y la conducta de búsqueda de atención; y a factores estructurales e institucionales que facilitan u obstruyen diferencialmente el acceso a los servicios de salud. (2002a, p. 329)

De acuerdo con la autora, existen necesidades y usos diferenciales en salud entre hombres y mujeres, por lo que la equidad de género en salud no se manifiesta en cuotas iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres. Por el contrario, exige que los recursos se asignen y se reciban en forma diferenciada, de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y en cada contexto socioeconómico (Gómez Gómez, 2002a). Tampoco implica tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino la eliminación de desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles, con el propósito de disfrutar el mayor potencial de salud. El problema no es que existan diferencias, «sino que las desigualdades pongan sistemáticamente en desventaja a un grupo» (Gómez Gómez, 2002b, p. 455).

### **El sesgo de género en salud y algunas de sus consecuencias**

La socialización diferencial de género influye en la forma en la que hombres y mujeres se relacionan con la salud, su cuidado y las instituciones del sector:

Las expectativas culturales y el ejercicio de las mismas en cuanto al rol de «cuidadoras» de la salud hacen que las mujeres, más que los hombres, aprendan a familiarizarse con la detección de síntomas de enfermedad y con los procesos formales o informales de cuidado de la salud. (Gómez Gómez, 2000, p. 330)

Esta situación ha conducido, entre otras situaciones, a que las mujeres sean las «oficialmente» encargadas del cuidado de su propia salud y de la de los demás miembros de su entorno familiar. Este rol de cuidadoras se refuerza a través de las instituciones sociales mediante «la sanción positiva o negativa del acatamiento o desviación de los estereotipos de masculinidad y feminidad» (Gómez Gómez, 1993, p. xi).

Los cuidados de salud ofrecidos desde el entorno más cercano por personas que generalmente no reciben remuneración alguna conforman el denominado cuidado

informal o familiar de salud (Delicado 2011). El impacto de los cuidados informales familiares en la salud es significativo porque no da cuenta únicamente con el cuidado en la enfermedad, sino con el cuidado de la vida en su totalidad. María Ángeles Durán menciona tres tipos de servicios brindados por el cuidado informal familiar de la salud y enfermedad:

a) Servicios de infraestructura básica, alojamiento, alimentación, limpieza, seguridad, compañía, relaciones sociales, etc.; b) servicios no remunerados relacionados directamente con la enfermedad (prediagnóstico, compañía, aplicación o vigilancia de tratamientos, etc.); c) gestión del consumo de servicios sanitarios (elección, tramitaciones, pagos, información, compra de medicamentos, etc.). (2002, p. 76)

Se observa entonces que, en el cuidado informal familiar de la salud, se requiere tanto de la satisfacción de las necesidades básicas generales individuales como la atención específica y la gestión de los servicios sanitarios. Las necesidades de atención de los enfermos son variadas y comprenden la ayuda para la realización de sus necesidades fisiológicas como aseo personal y alimentación; atención en las necesidades psicológicas como afecto, compañía, apoyo moral y motivación; y gestión de la enfermedad como la administración o supervisión de la toma de medicamentos, transporte a las unidades de salud, etc.

En un estudio realizado en 2009 por el Instituto Nacional de Estadística en España se encontró que el 76,3 % de las personas identificadas como cuidadoras principales eran mujeres; en otro realizado en Albacete la proporción de mujeres entre las personas que cuidan es del 82,8 % y la de varones del 17,2 % (Delicado, 2012). Así pues, en términos generales en España, la proporción de mujeres como cuidadoras oscila entre el 74 % y el 93 %, siendo los valores más frecuentes los que se sitúan entre el 74 y el 83 % en diversos estudios (Delicado, 2012). Estos datos permiten concluir que los cuidados informales de la salud son una tarea generizada.

Las repercusiones de los cuidados de la salud en la propia salud de las cuidadoras son diversas. Según la encuesta del Centro de Investigaciones Sociales (CIS), en España la salud de las personas que brindan un cuidado informal familiar es afectada con problemas osteomusculares; cansancio, que puede llegar a la fatiga crónica; malestar psíquico, que se expresa en tristeza, abatimiento, desánimo y depresión en los casos más graves; somatización, estrés, y pluripatologías en general (Delicado 2011). Paradójicamente, los

cuidados de la salud pueden ser una de las causas sociales de la mayor morbilidad de las mujeres, tanto en incidencia de enfermedades agudas, como prevalencia en enfermedades crónico-degenerativas.

## CONCLUSIONES

A pesar de que existe vasta literatura en el ámbito de la salud pública que da cuenta de la salud como resultado de sus determinantes sociales, gran parte de dicha literatura no aborda al género como uno de ellos. El género como determinante social de la salud incide en las desigualdades sanitarias, tanto en el acceso y relación con los servicios de salud de calidad como en los resultados diferenciales de salud referidos a tasas de morbilidad y mortalidad a lo largo de la vida de las personas. Así, a pesar del intento del determinismo biológico de naturalizar las desigualdades sociales, es decir, atribuir las a supuestos hechos biológicos, el género como concepto analítico permite entender que estas no son producto de la biología, sino de un orden social que se expresa tanto en las instituciones sociales como en las prácticas individuales.

Los estudios sobre género como determinante social de la salud apuntan a entender la relación entre la posición social de las mujeres, su estado de salud, la atención médica que reciben y la utilización de las instituciones sanitarias. El sesgo de género en la atención médica, por ejemplo, impide visibilizar la morbilidad y las manifestaciones diferenciales de las enfermedades. Además, condiciona el proceso de atención y tratamiento médicos. La socialización de género por su lado determina el comportamiento con respecto a la salud y la relación con los servicios sanitarios de hombres y mujeres, generando un impacto diferencial en la utilización de las instituciones de salud.

De esta forma, la mayor utilización de las mujeres de las instituciones de salud es resultado de la socialización diferencial de género que las destina como las responsables principales de los cuidados informales familiares de la salud. La evidencia indica que esta situación puede ser una de las causas de la mayor morbilidad de las mujeres, tanto en incidencia de enfermedades agudas como prevalencia en enfermedades crónico-degenerativas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAY, Lu Ann. Health status of vulnerable populations. En: *Annual review of public health*. 1994, vol. 15, núm 1, pp. 487-509.
- ADAY, Lu Ann. *At Risk in America: The Health and Health Care Needs of Vulnerable Populations in the United States*. San Francisco, California: John Wiley & Sons., 2002.
- ADLER, Nancy; NEWMAN, Katherine. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. En: *Health affairs*. 2002, vol. 21, núm. 2, pp. 60-76.
- ÁLVAREZ CASTAÑO, Luz Stella. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. En: *Gerencia, Política y Salud*. 2009, vol. 8, núm. 17, pp. 69-79.
- ARRIAGA, Eduardo. Comparación de la mortalidad en las Américas. En: *Estudios Demográficos y urbanos*. 1992, vol. 7, núm. 2/3, pp. 407-449.
- ASHTON, Heather. Psychotropic-drug prescribing for women. En: *The British Journal of Psychiatry*. 1991, supl. vol. 10, pp. 30-35.
- BLANE, David. Social determinants of health--socioeconomic status, social class, and ethnicity. En: *American Journal of Public Health*. 1995, vol. 85, núm 7, pp. 903-905.
- BREILH, Jaime. *Género, poder y salud. Series Mujer*. Ibarra: UTN-CEAS, 1993.
- BRICEÑO-LEÓN, Roberto; SOUZA, María Cecilia; COIMBRA, Carlos. Bienestar, salud pública y cambio social. En: *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, pp. 15-24.
- DE BARBIERI, Teresita. Género, una dimensión de la desigualdad social. En: *Pensamiento Iberoamericano*. 1998, vol. 28, pp. 7-11.
- DELICADO, María Victoria. *Cuidadoras familiares: calidad de vida, repercusión de los cuidados y apoyos recibidos*. Madrid: TALASA ediciones. 2011.
- DURÁN HERAS, María Ángeles. *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA. 2002.
- FLASKERUD, Jacquelyn; STREHLOW, Aaron. A culture of homelessness? En: *Issues in Mental Health Nursing*. 2008, vol. 29, núm. 10, pp. 1151-1154.
- FLASKERUD, Jacquelyn; WEHTJE WINSLOW, Betty. Vulnerable Populations and Ultimate Responsibility. *Issues in Mental Health Nursing*. 2010, vol. 31, núm. 4, pp. 298-299.
- FOUCAULT, Michel. *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Ediciones Altamira. 1993.
- GÓMEZ GÓMEZ, Elsa. *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Washington D.C.: OPS, 1993.
- GÓMEZ GÓMEZ, Elsa. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002a, vol. 11, núm. 5-6, pp. 327-334.

- GÓMEZ GÓMEZ, Elsa. Equidad, género y salud: retos para la acción. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002b, vol. 11, núm. 5-6, pp. 454-461.
- ILLICH, Iván. *Némesis Médica, expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores, 1975.
- INEC. *Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones*. Quito, Ecuador: INEC, 2019.
- IZQUIERDO, Mara Jesús. La socialización de género. La construcción social del género. En: DÍAZ MARTÍNEZ, Capitolia; MORENO, Dema. *Sociología y género*. Madrid: Tecnos, 2013.
- LAGARDE, Marcela. *Los cautiverios de las mujeres. Madresesposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Siglo XXI. 2014.
- LALONDE, Marc. *New perspective on the health of Canadians a working document*. Canadá: Minister of supply and services, 1981.
- LAMATA COTANDA. Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del Informe Lalonde. En: *Gaceta Sanitaria*. 1994, vol. 8, núm. 43, pp. 189-194.
- LANTZ, Paula, et al. Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: Results from a nationally representative prospective study of us adults. En: *JAMA*. 1998, vol. 279, núm. 21, pp. 1703-1708.
- LANTZ, Paula, et al. Socioeconomic and behavioral risk factors for mortality in a national 19-year prospective study of US adults. En: *Social science & medicine*. 2010, vol. 70, núm. 10, pp. 1558-1566.
- MARGOLIS, Rachel. Educational differences in healthy behavior changes and adherence among middle-aged Americans. En: *Journal of Health and Social Behavior*. 2013, vol. 54, núm. 3, pp. 353-368.
- MATUD AZNAR, María Pilar. Género y salud. En: *Suma Psicológica*. 2008, vol. 15, núm. 1, pp. 75-94.
- MCKEOWN T. *El papel de la medicina ¿sueño, espejismo o némesis?* Madrid: Siglo XXI, 1982.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Acta Constitutiva*. Ginebra: OMS, 1948.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Actas oficiales de la Organización Mundial de Salud No. 240. 30 Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 2- 19 de mayo de 1977, parte I: Resoluciones y Decisiones, anexos*. Ginebra: OMS, 1977
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Declaración de Alma Ata*. URSS: OMS, 1978
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Carta de Ottawa*. Canadá: OMS, 1986
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Conferencia mundial sobre determinantes sociales de la salud: Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Rio de Janeiro: OMS, 2011
- PALTIEL, Freda, et al. La salud mental de la mujer de las Américas. En: *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Washington: OPS, 1993, pp. 143-161.

- POWER, Chris; MATTHEWS, Sharon. Origins of health inequalities in a national population sample. En: *Lancet*. 1997, vol. 350, núm 9091, pp. 1584-1589.
- ROGERS, Ada C. Vulnerability, health and health care. En: *Journal of Advanced Nursing*. 1997, vol. 26, núm. 1, pp. 65-72.
- RUIZ-CANTERO, María Teresa, et. al. «A framework to analyse gender bias in epidemiological Research». En: *Journal of Epidemiology &Community Health*. 2007, vol. 61, num. 2, pp. 46-53.
- SCOTT, Joan. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: *Género e historia*. México: FCE-UNAM, 2008.
- SENNOTT-MILLER, Lee. La mujer de edad avanzada en las Américas. Problemas y posibilidades. En: *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington: OPS, 1993, pp. 114-123.
- STEWART WILLIAMS, Jennifer; CUNICH, Michelle; BYLES, Julie. The impact of socioeconomic status on changes in the general and mental health of women over time: evidence from a longitudinal study of Australian women. En: *International Journal for Equity in Health*. 2013, vol. 12, núm 1, pp. 25-35.
- STOLCKE, Verena. ¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad? En: *Mientras Tanto*. 1992, vol. 48, pp. 87-111.
- VALLS-LLOBET, Carme. Desigualdades de género en salud pública. En: *Quadern CAPS*. 2001, vol. 30, 2001, pp. 34-40.
- VERBRUGGE, Lois. Gender and health: an update on hypotheses and Evidence. En: *Journal of health and social behavior*. 1985, pp. 156-182.

# LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA: (RE)PENSAR LA AUTONOMÍA SEXUAL DE LA ADOLESCENTE DESDE EL PENSAMIENTO DE MICHEL FOUCAULT

*Sexual and Reproductive Rights in the Dominican Republic: (Re)Thinking the Sexual  
Autonomy of the Teenager From the Perspective of Michel Foucault*

Joan Enric Campà Molist<sup>1</sup>

Correo electrónico: [joancampa@pucmm.edu.do](mailto:joancampa@pucmm.edu.do)

1. Grado de Filosofía, Máster de Derechos Humanos, Democracia y Globalización, doctorando en Filosofía Política y Éticas Contemporáneas. Profesor y director del Departamento de Estudios Generales de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Campus Santo Domingo (PUCMM-CSD). (*Santo Domingo, República Dominicana*)

Recibido: 5 de marzo de 2020 Aceptado: 2 de julio de 2020



## RESUMEN

En el presente trabajo se pretende entender cómo ciertas instituciones del Estado dominicano atentan contra la autonomía sexual de la adolescente dominicana, damnificando, así, la correcta asunción y ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la ciudadanía. Inicialmente, y desde un plano cuantitativo, se documentará la situación jurídica de la República Dominicana en materia de sexualidad y reproducción desde la esfera de la educación y la sanidad pública. Seguidamente, y con un talante cualitativo, se pretende conocer el papel de los medios de comunicación para aplicar la óptica de Michel Foucault a la problemática planteada, por lo que se considerarán la conceptualización del poder, las tecnologías que de él emanan y la vulneración de la autonomía sexual de las adolescentes dominicanas para correlacionar la realidad descubierta con la teoría foucaultiana. Ello permitirá divisar otra perspectiva de la realidad y se plantearán varios estándares que erijan un Derecho Democrático de la Sexualidad que, en un contexto tan particular como el dominicano, sea mínimamente sólido al respecto de los Derechos Humanos.

**Palabras clave:** derechos sexuales y reproductivos; Michel Foucault; tecnologías de poder; adolescente dominicana; autonomía sexual; derecho democrático de la sexualidad.

## ABSTRACT

This work attempts to understand how certain institutions of the Dominican State violate the sexual autonomy of the Dominican teenager, thus affecting the correct assumption and exercise of the Sexual and Reproductive Rights of citizens. Initially, and from a quantitative perspective, the Dominican Republic's legal status on sexuality and reproduction from the field of education and public health will be documented. Subsequently, and from a qualitative perspective, I will explore the role of the media applying Michel Foucault's theories, considering the conceptualization of power, the technologies emanating from it and the violation of the sexual autonomy of Dominican teenager. This will allow to establish a different perspective on this reality and to set out several standards to create a Democratic Right of Sexuality that, in a context as particular as the Dominican one, is minimally solid in relation to human rights.

**Keywords:** Sexual and Reproductive Rights; Michel Foucault; Power Technologies; Dominican Teenager; Sexual Autonomy; Democratic Law of Sexuality.

## **ANATOMÍA DEL PROBLEMA Y CONTEXTO DE LA PROBLEMÁTICA**

Si bien los Derechos Sexuales y Reproductivos (en adelante DDSSRR) pueden presentarse en las sociedades europeas con altos índices de vulnerabilidad, los DDSSRR representan, en la República Dominicana, la cúspide de la fragilidad jurídica-social. Debemos concienciarnos de que nos ubicamos en un contexto en el que, según el *Análisis de Situación de la infancia y la adolescencia en República Dominicana*, llevado a cabo en 2013 por UNICEF, CONANI y el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, el 22,1 % de las adolescentes de 15 a 19 años estaban embarazadas o ya eran madres. En ese mismo año, el Fondo de Población de las Naciones Unidas corrobora alarmantemente las cifras emitidas y, de acuerdo con la Dirección de Información y Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, comunica que, en 2015, 34 452 partos, cesáreas y abortos correspondían a niñas y adolescentes entre 10 y 19 años. Es decir, un 27,35 % de todos los casos correspondían a adolescentes que no llegaban a la mayoría de edad.

Después de asimilar estas cifras, puede uno inferir que un alto porcentaje de la población dominicana permanece, a causa de una maternidad no deseada o precoz, en una grave situación de vulnerabilidad y riesgo de deterioro en términos socioculturales; una problemática significativa que impide el desarrollo, en todas sus facetas, de dichas madres adolescentes.

Al tratarse de una investigación integral que tiene como referencia la maternidad en la adolescencia y los actores que acometen sobre ella, no solamente se abarca la sexualidad desde las esferas de la educación y la sanidad, sino también desde la exclusión social y pobreza surgida como consecuencia de una incorrecta ejecución de los DDSSRR; aspectos clave que impiden el florecimiento y ejercicio del principio de autonomía y libre desarrollo de la adolescente dominicana. Dentro de este escenario, existe la obligación de mencionar el rol de determinados artífices que obstaculizan y perturban el cumplimiento de los DDSSRR, como las ideologías centristas que, anidadas en la práctica de determinadas instituciones políticas, académicas, religiosas, clínicas o mediáticas, defienden, mantienen y difunden ideologías constituidas en virtud de jerarquías sociales y de patrones conductuales discriminatorios. Dichas ideologías propician, además de normativizar y normalizar la moral social, que los índices de embarazos no deseados o precoces no mengüen y, con ello, el círculo vicioso de la pobreza no sufra ninguna

alteración positiva. Es justo aclarar que no todas las instituciones antes mencionadas difunden y participan de este modo, sino que, contrariamente, practican un rol inclusivo respecto a los DDSSRR de la ciudadanía.

Tal como se pretende defender aquí, la ruptura de dichas estructuras de poder propiciaría un paso hacia adelante para el cumplimiento de los DDSSRR, los DDHH (Derechos Humanos) y la justicia social, en todos los aspectos del concepto, concernientes a la adolescente dominicana y la dimensión sexual que, como ser humano, la acompaña.

## METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Considerando como objeto de estudio los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR) de los adolescentes dominicanos y las violentas estructuras que impiden su desarrollo personal y sexual, se plantean una amalgama de cuestiones que procuran descifrar la verdad de una realidad estremecedora en dicho territorio. Las cuestiones que guían la presente *tesis*, por ende, se focalizan en la relación entre los Derechos Humanos (en adelante DDHH), el desarrollo personal-sexual-social-cultural de la adolescente dominicana, y el *poder institucional*:

Cuestiones planteadas:

- a) ¿Cómo se viven y sufren los derechos DDSSRR de los adolescentes en el terreno dominicano?
- b) ¿Cuáles son las causas de las debilidades en la defensa y protección de los DDSSRR de los adolescentes dominicanos?
- c) ¿Cuál es el papel del Estado dominicano y de los organismos internacionales para la protección de los DDHH, y en particular de los DDSSRR?
- d) ¿Cómo pueden descifrarse y desvelarse las causas que obstaculizan la autonomía sexual y el desarrollo personal de los adolescentes dominicanos?
- e) ¿Puede la óptica de la filosofía moral ofrecer soluciones al respecto?

La presente investigación, inicialmente y desde un plano cuantitativo, procurará desentramar las legislaciones concernientes a los DDSSRR y los DDHH de la niña y la mujer dominicana mediante el análisis de textos jurídicos, análisis doctrinal-jurisprudencial, así como mediante otros documentos oficiales relativos al ámbito del derecho y las TIC, al ámbito clínico y al ámbito educativo y universitario. De este modo,

será de menester realizar una exhaustiva documentación sobre la legislación dominicana relativa a los DDSSRR, las ratificaciones de tratados internacionales por parte del Estado dominicano, el cumplimiento de las obligaciones, la preservación de protección y las garantías de amparo gubernamentales hacia la niña y la mujer dominicana. Posteriormente, y desde un plano cualitativo, se realizará una profunda reflexión y discusión sobre todo el material documental adquirido desde la óptica de la filosofía moral y la filosofía política. Especialmente, tal como se ha mencionado, desde la óptica de Michel Foucault.

Por lo que se desprende, la metodología de investigación a aplicar será de carácter analítico, empírico, descriptivo, reflexivo y crítico, propiciando una visión suficientemente amplia como para comprender la situación dominicana actual y abordar tales problemáticas con posibles soluciones prácticas y aplicativas.

El objetivo principal se reduce a conocer la situación actual de la República Dominicana en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos, exponer las causas que constriñen tales derechos, iluminar la vulnerabilidad de la autonomía sexual de la adolescente y, a modo de conclusión, plantear varios principios para erigir un Derecho Democrático de la Sexualidad. El fin último es, claro está, rescatar verdades y desvelar nuevas realidades.

## **LA INCLUSIÓN DE LO SEXUAL/REPRODUCTIVO EN LA ESFERA INTERNACIONAL DE *LO JURÍDICO***

De un modo introductorio, es necesario interpretar los DDSSRR como aquel mecanismo jurídico que reconoce los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción (como el derecho a la libertad sexual, el derecho a la autonomía sexual, el derecho a la privacidad sexual, el derecho a la equidad sexual, el derecho al placer sexual, el derecho a la libre asociación sexual, el derecho a gozar de opciones reproductivas responsables, el derecho a la información veraz, el derecho a la educación sexual integral y el derecho al cuidado de la salud sexual). No obstante, la preocupación del presente artículo se centra, de un modo acotado, en el derecho a la libertad sexual, el derecho a la autonomía sexual, el derecho a la equidad sexual y el derecho a la educación sexual integral; derechos basados en el principio de autonomía y libre desarrollo de la persona desde el contexto de *lo sexual y lo reproductivo*.

La importancia que adquiere el papel de la adolescente en la sociedad convierte a los DDSSRR en elementos prioritarios y transversales para la protección de los DDHH, pues de los primeros se desprenden determinados derechos postulados en la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (en adelante DUDH), principalmente el artículo 1, que apunta a la libertad y dignidad de todos los seres humanos, y el artículo 2, relativo a la no discriminación. Por ello mismo, las preocupaciones sobre la maternidad se centran en los DDSSRR, pues la relación entre tales derechos, vinculados a una educación sexual integral, una salud materna/familiar, la fecundidad, la natalidad, la morbilidad, la mortalidad infantil/materna y la inclusión social y laboral de la adolescente/mujer, representa la estructura encargada de generar avances en la lucha contra la pobreza desde el ámbito de la educación y la sanidad.

Asimismo, la mayoría de los instrumentos internacionales de DDHH, complementarios a la DUDH contienen normas con pertinencia constitutiva para los DDSSRR, como los relativos a la autonomía sexual, a las decisiones sobre el número y el momento de tener hijos (planificación familiar), los derechos de las mujeres a no ser discriminadas por razones de género y a no sufrir violencia de género. Un enfoque programático basado en el derecho a la salud sexual, expuesto en un cúmulo de artículos propios de determinadas cartas internacionales, el cual se rige por tres principios fundamentales:

1. Las personas tienen el derecho a controlar su vida sexual/reproductiva y a tomar las decisiones concernientes sin interferencia o coacción. Este principio sustenta la prestación de servicios de planificación familiar para poder decidir libremente el número/espaciamiento de los hijos, así como las medidas para evitar matrimonios entre niños o matrimonios forzados, la violencia sexual, el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
2. El derecho a la no discriminación y respeto obliga a los gobiernos a garantizar el acceso igualitario a la atención de salud, al mismo tiempo que se atienden las necesidades específicas de salud de las mujeres y hombres. El derecho a la no discriminación implica que los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser accesibles a todos los grupos, incluidos los niños y adolescentes, mujeres y hombres, comunidades indígenas, migrantes y refugiados.

3. Los gobiernos están obligados a ofrecer servicios integrales de salud sexual y reproductiva al mismo tiempo que eliminan los obstáculos que impiden el acceso a tal atención, a fin de garantizar el cumplimiento de los derechos a la vida y la salud de las personas. Este principio es fundamental en la reducción de la mortalidad materna y la prevención del VIH/SIDA.

## **LA PRECARIEDAD DE *LO ACADÉMICO* SOBRE *LO SEXUAL* Y EL ORIGEN DE *LO TRÁGICO***

Los niveles de educación secundaria, como componente clave para la calidad de vida y desarrollo de la adolescente dominicana, es un aspecto relevante a la hora de realizar estudios sobre el comportamiento sexual y reproductivo en la sociedad, además de la educación y la instrucción sobre métodos anticonceptivos, educación sobre salud materno-infantil y, especialmente, educación sexual integral, con la especial complementación de conocimientos afectivo-sexuales que, desde el plano filosófico y psicológico, se eduque para el autoconocimiento y la autodeterminación/autodecisión.

La educación relativa a la salud sexual y reproductiva, a la planificación y los programas de orientación familiar y la educación para la vida en familia representan, *de facto*, métodos y conocimientos modernos necesarios para evitar la vulneración de los DDSSRR, de la niña, adolescente y mujer dominicana, en virtud de una autonomía personal y sexual emanada de una educación sexual integral. Se aduce, pues, que evitando embarazos precoces y no deseados se reduce, en virtud de tales conocimientos previos, el incremento de la tasa de abortos, riesgos de mortalidad materno-infantil, el abandono o exclusión académica, social y laboral, y otros accidentes en el desarrollo personal de la adolescente. He aquí, pues, el origen de *lo trágico*: en la falta de decisión en la vida por una precariedad educacional sobre *lo sexual* que, en aras de *lo establecido*, priva el florecimiento de la autonomía personal y sexual en la adolescencia, la potencia que permite a las mujeres tener una visión tan amplia como para poder tomar libremente sus decisiones en la vida. De este modo, el papel de la información y la educación sobre el conocimiento sexual y reproductivo, el cual propicia autonomía y libertad de conciencia, es vital para garantizar la victoria contra la pobreza y la obstaculización sobre la mujer, pues la autonomía intelectual y emocional se comprenden como el motor del desarrollo.

Queda evidenciado, pues, que la falta de información y educación sexual referente a los métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar y conocimientos relacionados con lo afectivo-sexual se encuentra totalmente vinculada con la formación personal e individual; un aprendizaje vital en una etapa de la vida tan importante como la adolescencia. Por ende, no solamente debe considerarse el nivel de asistencia y posibilidades de acceso de las niñas y adolescentes en los centros educativos, sino que, de igual modo, debe considerarse el tipo de conocimientos y educación impartidos para aquellas alumnas que sí asisten a las aulas, una problemática que surge de las normativas ministeriales e institucionales y de las costumbres socioculturales.

Este puede ser un buen momento, también, para reivindicar el importante papel de la asignatura de Filosofía en las aulas del mundo. La educación sexual, pues, no solamente debe entenderse e impartirse mediante contenidos biológicos sino desde contenidos afectivo-sexuales, aquellos contenidos que ayudan a saber interpretar y controlar las emociones y sentimientos, impulsos y pensamientos relacionados con la sexualidad y la atracción. En definitiva, conocimientos que ayuden a «conocerse a uno mismo» para saberse identificar para con el otro, uno de los principios socráticos para palpar el «conocimiento de aquello que hay de verdadero en el *hombre*, como también de lo que hay de verdadero en él y para él, es decir, la esencia misma en tanto que espíritu» (Brun, 2005: 70).

En cuanto a programas y patrones educativos, a diferencia de la educación mixta que educa «en igualdad», la coeducación educa «para la igualdad» con el fin de reequilibrar las estructuras educativas y romper con los estereotipos de género; la coeducación respeta las disimilitudes y educa para la igualdad entre niños y niñas a partir de su singularidad, no a partir de la jerarquización de estas. La identidad humana requiere la aceptación y salvaguarda del otro. En este punto, y de un modo generalizado, la identidad humana requiere la aceptación y reconocimiento por parte de «el otro» para, como menciona Jürgen Habermas, lograr un éxito entitativo. Así, pues, «las identidades individuales — como proceso de individualización— se constituyen a partir de su inserción en una forma de vida compartida —socialización— en la medida en que aprendemos a relacionarnos con los otros y con nosotros mismos a través de una red de reconocimiento recíproco» (Borrillo y Gutiérrez, 2013: 133).

## **EL DESAMPARO EN *LO REPRODUCTIVO* Y LA EXCLUSIÓN DE *LO MATERNO-INFANTIL***

Por lo mencionado hasta el momento desde el plano de *lo sexual*, nos encontramos con los importantes vínculos existentes entre la educación y el desarrollo de la madre adolescente, aunque, en el plano de *lo reproductivo*, aparece en el horizonte un nuevo actor altamente vulnerable, el neonato, lo que implica que las atenciones preparto, parto y posparto sean imprescindibles tanto para la madre bisoña como para el recién llegado.

Con relación al neonato, además de las necesarias atenciones relacionadas con la salud y nutrición, temática que merece una investigación propia por su extensa magnitud, surgen otras problemáticas nocivamente significativas: las controversias de carácter jurídico y la falta de inscripción del recién llegado en el Registro Civil. Desde el artículo 7 de la CDN, se constata que «el niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre y a una nacionalidad, y en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos». No obstante, la falta de educación de los padres/madres y la falta de acceso a información de calidad en los centros sanitarios propicia que muchos de estos/estas no cumplan con el debido proceso, impidiendo que el niño/niña pueda tener acceso a los servicios sanitarios y educacionales (públicos o privados), dos de los pilares fundamentales para su desarrollo. Al no estar inscritos en el Registro Civil, un niño/niña queda excluido y se mantiene en el círculo de la pobreza y la discriminación; exponiéndolos todavía más a la negligencia, al abuso y a la explotación al carecer de pruebas de identidad y edad. Por ello, es lógico que una infancia sin registro será fundamentalmente pobre. Tal como publican los estudios de ENHOGAR 2013, por añadido, se suma la dificultad de inscribir al neonato por la falta de registro de los propios padres. Tal como se expone en el estudio mencionado, solamente el 77,9 % de los niños/niñas nacidos en los últimos 5 años fueron registrados. Los porcentajes más altos de registros son Cibao Sur (87,2 %), Cibao Noroeste (85,7 %) y Valdesia (85,6 %), mientras que el porcentaje más bajo se encuentra en la región de El Valle, con un 70,8 % de niños/niñas registrados.

Con relación a la madre adolescente, cabe mencionar que, según los estudios de ENHOGAR 2013, un 24,3 % de las embarazadas recibió cuidado y servicio prenatal de un médico general, mientras que un 71,4 % de las embarazadas recibió atención y servicio por un médico ginecólogo (la atención sanitaria especializada y recomendada). Según

dicho estudio, en virtud del nivel de educación y grupo de riqueza existen determinadas variaciones referentes a la atención prenatal, el 55 % de las mujeres sin educación e instrucción son atendidas por médicos ginecólogos, frente a un 87,8 % de mujeres con educación superior; un 45 % de mujeres sin educación e instrucción, y un 12,2 % de mujeres con educación superior, reciben atenciones no especializadas y precarias.

Comprendiendo la importante conexión entre la maternidad precoz y el acceso a la educación, sale a colación otro factor que irrumpe contra el desarrollo de la madre adolescente: el acceso al ámbito académico y laboral-económico y, consecuentemente, a la autonomía personal, económica y emancipación de esta. Muchas de las madres adolescentes tienen que asistir a las aulas con sus bebés, implicando que su formación no sea de la calidad que debería, siempre y cuando que el centro escolar permita a la madre adolescente asistir a clase, pues, en muchos casos determinados centros educativos excluyen a las madres adolescentes privándolas de asistir a clase o las cambian de franja horaria; un «delito» que impide o dificulta a la madre adolescente desarrollar capacidades para un futuro laboral y desarrollo personal digno a causa de un presente académico excluyente.

Este último fenómeno descrito se apoya en varios argumentos. Uno de ellos, el más usado para dicha exclusión académica, se fundamenta en percibir a la madre adolescente como una mala influencia. Y desde un prisma opuesto, también puede servir para alertar a las demás adolescentes de las situaciones que comporta un embarazo no deseado o no haber realizado una planificación familiar. Por ende, la perspectiva sobre la asistencia a clase de las madres adolescentes puede ser dispar: 1. Puede influir a modo de ejemplificación y modelo a seguir para las demás alumnas 2. Puede influir a modo de precaución, alerta y conciencia para las demás alumnas 3. Puede no influir; un aspecto que, por su disparidad de interpretaciones, no puede quedar conclusivo y determinado de un modo universal.

## **LA PATERNIDAD DE LO MODÉLICO-NORMATIVO Y LA ORFANDAD DE LO LIBRE EN EL DESARROLLO DE LA PERSONA**

En la revolucionaria etapa tecnológica actual existe una relación directa entre los medios de comunicación, los estereotipos socioculturales y los roles de género asumidos por

niños/niñas y adolescentes, pues aprendemos la mayoría de las normas y valores culturales a través de la socialidad de los medios publicitarios y la información periodística. Podemos afirmar con seguridad que «[l]a televisión y el ordenador son los nuevos “tótems”, los nuevos becerros de oro» (Mèlich, 1998: 28). Tanto los medios de información como el ambiente escolar son, para el niño/niña y adolescente, una fuente significativa de socialización y, por ende, de constitución de la identidad.

En la sociedad de la información digitalizada en que vivimos y nos desarrollamos, los medios son capaces de hacer presente de un modo casi instantáneo cualquier tipo de mensaje. Este hecho, que por un lado facilita la comunicación y el intercambio de información entre las personas y las sociedades, por otra, actúa en numerosas ocasiones como elemento uniformador de la opinión de la población, influyendo decisivamente en las pautas de conducta colectiva, a través de ofrecer al público no sólo una serie de productos, sino también modelos de actitudes, formas de vida e imágenes que orientan y definen las necesidades y deseos de las personas. (Stoffels, 2015: 393)

De este modo, se evidencian las notorias influencias de los contenidos televisivos y publicitarios sobre los niños/niñas y adolescentes y los roles de género a desempeñar. Como añadidura, cabe mencionar que no solo se exponen *unos* roles de género modélicos, sino que, de un modo igual de alarmante, se exponen los cánones de belleza que cada uno de los ciudadanos debe obedecer (por ser lo aceptado y aplaudido en el plano de lo social). Nace aquí, pues, un tipo de sometimiento y servidumbre de talante físico y psicológico. Tal como anuncia Susie Orbach, catedrática de la *London School of Economics*: «Los datos confirman que la publicidad presenta un estándar de belleza que la mayoría de las mujeres no pueden alcanzar y que las consumidoras desean que la publicidad muestre imágenes más cercanas a la apariencia real de las mujeres» (Stoffels, 2015: 399).

Cuando se habla de «roles de género», se suele referir, en esencia, a las actividades a desempeñar en virtud del género. La cara más oscura y honda del asunto refleja una forzosa imposición de los centrismos relativos al ejercicio social a desempeñar en virtud del género; a aquella coacción que sufre una «identidad minoritaria» por una identidad mayoritaria que completa el conjunto. En tinta del filósofo catalán Joan-Carles Mèlich, los centrismos adquieren diversas máscaras con las cuales una mayoría obstaculiza y domina a una minoría (1998: 57). Dichas máscaras pueden expresarse tanto desde el

eurocentrismo, el nacionalismo o el etnocentrismo (para las identidades políticas, culturales y étnicas), desde el fundamentalismo y el terrorismo (para las identidades religiosas) como desde el sectarismo, el racismo o el segregacionismo (para las identidades ideológicas y raciales). No obstante, las máscaras centristas que aquí nos competen son las máscaras centristas-sexistas, como el machismo y el hembrismo (para las identidades de género) y el heteronormativismo y el homonormativismo (para las identidades sexuales), las cuales jerarquizan en virtud del género, «ser hombre» o «ser mujer», y la orientación sexual, «ser heterosexual» o «ser homosexual», para la atribución de roles y modelos conductuales a los ciudadanos.

Por lo que se desprende, los roles de género en las sociedades sexistas occidentales se expresan desde el patriarcado o el matriarcado, desde el ámbito doméstico hasta el ámbito profesional, como un triángulo jerárquico en el que los ejercicios y actividades relativos a *lo reproductivo* y *lo productivo* se distribuyen en función del ser mujer/ser hombre. En las sociedades y culturas patriarcales, las funciones relativas a la producción, referentes al ámbito laboral y económico, son atribuidas al género masculino, mientras que las funciones relativas a la reproducción, referentes al ámbito doméstico y a la crianza, son atribuidas al género femenino. Tal normatividad originada desde el centrismo sexista obliga a practicar unas determinadas actividades, roles y poderes en función del género, una perspectiva completamente alejada a distribuir tales actividades en virtud de las facultades, disposiciones y disponibilidad de los individuos, claro está, en virtud de la igualdad entre géneros. Se trata, pues, de una normatividad que en lugar de imponerse desde una perspectiva micro, por convención familiar, se impone desde una perspectiva macro, por imposición sociocultural.

La homofobia y el machismo, siendo expresiones directas de las estructuras patriarcales nacidas de un centrismo sexista, expresan aquellos principios que se alejan de aquellas actitudes, valores, poderes y conductas consideradas impropias. Por lo que se desprende, y desde la esfera de *lo masculino*, la exclusión alcanza una magnitud insospechada: no solamente se excluye a la homosexualidad sino también a aquellos hombres (indiferentemente de su orientación y condición sexual) que incumplen, ignoran o desobedecen las estructuras masculinizadas y patriarcales. En la República Dominicana, por el caso que nos compete, el papel del varón se encuentra posicionado bajo una presión social que le obliga a comportarse de una manera machista, y en tantos casos salvaje, para fortalecer su propia identidad como «hombre-macho». Podemos referirnos tanto a las

expresiones musicales y artísticas como a los contenidos mediáticos, televisivos, informativos y publicitarios cuando queremos aludir a aquellas instituciones entendidas como «canales de distribución normativa-jerarquizadora». Estas proyectan, en calidad de modelo, la actitud y vía de acceso a *lo productivo* y *lo reproductivo* en la realidad social. La responsabilidad de estas instituciones y medios de comunicación es colosal, pues, tal como sostiene Hernando Bernardino:

Como conjunto de códigos lingüísticos, el periódico (en cualquiera de sus canales expresivos, es decir, medios de comunicación, de masas) no sólo es «una interpretación periódica de la realidad», sino única *forma* de esa realidad para millones de seres humanos. [...] Puede ocurrir que esa realidad influyente, organizada por el periódico, sea una realidad fabricada, ajena a la realidad auténtica que el periódico pretender reflejar. Porque aquí está el quid de la cuestión: ese conjunto de códigos lingüísticos se presenta al receptor de sus mensajes informativos, en las más variadas formas de expresión, como estructurador de una realidad, la auténtica. (1995: 4)

Los medios son, por ende, los constructores de la realidad, o aquello nombrado como «imaginario social», en cada una de las parcelas que componen la sociedad. Son estas instituciones las encargadas, pues, de presentar «*la verdad*» como único sendero a aplaudir y aceptar. De esta reflexión surge la responsabilidad que recae en la veracidad, la neutralidad y la responsabilidad que debe cargar cualquier institución periodística, mediática y/o pública.

## **A MODO DE CONCLUSIÓN: FOUCAULT Y LA AUTONOMÍA SEXUAL DE LA ADOLESCENTE DOMINICANA**

En un contexto como el tratado, el factor sociocultural es el que más potentemente influye en la propia identidad y en la generación de un derecho democrático de la sexualidad que la proteja (y permita progresar), pero son los factores históricos y políticos los que, por antonomasia, adquieren más propiedad en la fundamentación y constitución de la propia identidad. Si bien las identidades son comprendidas desde la vulnerabilidad, desde su fragilidad y caducidad, no es menos cierto que el poder que se ejerce sobre estas es altamente significativo en su fundación, constitución y desarrollo.

Con el fin de abordar el asunto con el mayor acierto posible, puede recurrirse a la filosofía de Michel Foucault por «apartarse de los juegos de problemas de la filosofía oficial y emprende, decididamente, trabajos materiales; se podría confundir al Foucault primerizo casi con un psicólogo y un crítico de la literatura, el medio y tardío prácticamente con un historiador social y un científico de la sexualidad» (Sloterdijk, 2011:130). Desde la óptica del filósofo francés, exactamente, el poder es aquella fuerza que condiciona incisivamente la autonomía de *lo entitativo* sin ser, necesariamente, fruto de los ordenamientos jurídicos que expresan lo que el derecho permite y prohíbe. El poder alcanza un estatus extrajurídico, es decir, que se escapa de lo jurídico y jurisprudencial para inmiscuirse y calzarse intrusivamente en las relaciones sociales. En tinta de nuestro filósofo: «Creo que los mecanismos de poder son mucho más amplios que el mero aparato jurídico, legal, y que el poder se ejerce mediante procedimientos de dominación que son muy numerosos» (Foucault, 2012: 83).

Es por ello por lo que, desde la óptica filosófica que nos acompaña, debemos comprender el poder como aquellas estructuras y tecnologías que normativizan y procuran normalizar la conducta humana mediante las relaciones e ideologías. Tal como concreta el mismo Foucault:

Las relaciones de poder son las que los aparatos de Estado ejercen sobre los individuos, pero asimismo la que el padre de familia ejerce sobre su mujer y sus hijos, el poder ejercido por el médico, el poder ejercido por el notable, el poder que el dueño ejerce en su fábrica sobre sus obreros. (Foucault, 2012: 42)

Nos encontramos, con relación a lo tratado en el apartado anterior, ante la producción técnica de *lo individual* y *lo entitativo* en función de *lo establecido normativamente*. Dichas estructuras y tecnologías de poder, traducidas en ideologías normativizadoras y normalizadoras, tienen por objetivo la inhibición de los instintos y las pulsiones individuales/naturales de *lo entitativo*, es decir, el poder tiene la función de adoptar una forma, en tantas ocasiones de manera institucionalizada, de productor de verdades.

En este punto, la importancia más preocupante es la relación entre el poder y la identidad social/personal/sexual, entre el saber y la verdad en las relaciones entre géneros y, todavía más alarmante, en las relaciones personales de talante introspectivo. En tinta del mismo Foucault, «el poder produce a través de una transformación técnica de los

individuos [...]. [E]l poder produce lo real» (2016: 14). Es el proceso que el mismo filósofo nombra «proceso de normalización» de la subjetividad, o «proceso de subjetivación», en compañía de Gilles Deleuze. Por consiguiente, el poder no solamente regula, mediante diversas estructuras (como bien podría considerarse el patriarcado o el heteronormativismo), las relaciones interpersonales en virtud de normativas discriminatorias, sino que actúa coercitivamente contra *lo autónomo* y *lo propio* de las identidades, contra la autonomía sexual de los individuos y su libertad en el desarrollo personal. El ser humano, en este punto, ya no puede considerarse vulnerable, sino vulnerabilizado y normalizado. Actúan, esencialmente, contra el potencial humano de un individuo para subjetivarlo técnicamente.

De un modo mucho más esclarecedor, el filósofo de la sexualidad por antonomasia concreta cuatro tipos de tecnologías de poder con las que desplegar la razón práctica, estas son: 1) las tecnologías de producción, para la producción y manipulación de cosas; 2) tecnologías de sistemas de signos, símbolos, sentidos y significaciones; 3) tecnologías de poder, para la dominación y subordinación de la actitud de los individuos; 4) tecnologías del yo, para para que los individuos efectúen por su cuenta «manipulaciones» en su cuerpo y conciencia (Foucault, 1996: 22). Desde el plano de *lo sexual y lo reproductivo*, dichas tecnologías de dominación, manipulación y subordinación proyectan unidireccionalmente al individuo. Se trata de ideologías que, mediante la instrucción, la educación y la presión social, cultural y política, normativizan la conducta humana y tecnifican la «producción humana». Asimismo, las tecnologías de poder que nos conciernen no se vertebran a partir de un orden basado en la justicia, la igualdad, la dignidad y la libertad, sino de una forma de servidumbre y control social expresados mediante centrismos y otros estereotipos discriminatorios. Es pues, una fuente generadora de esclavitud sociocultural contemporánea radicada en la vulnerabilidad natural del ser humano. La inspiración identitaria del ser humano, pues, queda anulada. Por ende, cuando se menciona al poder se alude a un poder técnico-productor de individuos que mutila la autonomía y conciencia individual del ser humano y, por ende, neutraliza la libertad aplicable en el desarrollo de la misma persona.

Se menciona el término «técnica» (*tekné*) para interpretar la noción de producción como una forma de imposición modélica en el desarrollo del individuo; él mismo deja de desarrollarse naturalmente para adquirir forzosamente y ciegamente una condición artificial e impropia. Dicha tecnificación, fundamentada por los paradigmas políticos, económicos,

científicos y culturales, es la que condiciona el funcionamiento y orden social; la normalización y las técnicas normativas se muestran en la sociedad como una forma de imposición y alienación. Tal como concreta nuestro filósofo, toda la estructura y articulación del poder aquí expresada «constituye una de las formas a través de las cuales nuestra sociedad definió tipos de subjetividad, formas de saber y en consecuencia relaciones entre los hombres y la verdad» (Foucault, 1999: 172). Imaginemos, pues, como el ser humano instrumentalizado en la sociedad y la cultura se forma cual objeto tecnificado en una cadena de montaje. Aquel que vislumbre imperfecciones en dicha cadena será apartado, invalidado y descalificado. Debemos entender las imperfecciones como las diferencias causadas por una falta de adecuación de la norma impuesta y la diversidad natural.

Siguiendo la óptica foucaultiana, el desarrollo personal de cada individuo, vinculado al mismo desarrollo de la autonomía del yo (ideológica, religiosa, política) y, por lo que más compete en el presente artículo, al desarrollo de la autonomía sexual y al libre desarrollo de la persona, queda violado y desamparado por una paternalista cortina de humo llamada «justicia», «cultura» e «idiosincrasia». Es por ello por lo que, en lugar de catalogar dichas presiones como un simple delito o violación de DDHH, debemos entender la cuestión como un «crimen existencial», pues no se arremete solamente contra el quehacer del individuo sino contra la consciencia de sí mismo mediante su formación y desarrollo existencial.

Por ende, un derecho democrático de la sexualidad debe propiciar la emancipación del ciudadano respecto a las estructuras y tecnologías de poder, como determinados textos jurídicos, ideologías culturales y religiosas, sistemas educativos y pedagógicos, entre tantas otras expresiones opresoras relativas al género y la sexualidad. Asimismo, los principios que sustentan *un* derecho de la sexualidad deben: 1) abarcar una alta diversidad de conductas, identidades, preferencias y orientaciones; y 2) respetar los principios democráticos como la libertad, la igualdad y la dignidad.

El Estado, como máximo representante y motor del orden público y respeto a la ciudadanía, la cual transita en los mares de la diversidad y la pluralidad, debe mantener una posición neutra en cuanto a moralidad se refiere; «el Estado debe abstenerse de indicar lo que es bueno o lo que es malo para nosotros y limitarse estrictamente a sancionar los comportamientos perjudiciales al prójimo» (Borrillo y Gutiérrez, 2013: 46). En este sentido, el carácter laico del Estado es el óptimo para respetar los principios de la

democracia, contrariamente a los Estados religiosos, los cuales imponen un sentido unívoco de entender, vivir y practicar la sexualidad (Borrillo y Gutiérrez, 2013: 52). De todo esto se afirma que el Estado debe desprenderse de cualquier inclinación ideológica para asegurar un talante ecuánime en su constitución y normativa. La libertad cedida al ciudadano es, pues, expresión de la neutralidad ética del Estado. Contrariamente, si el Estado supiera más que la ciudadanía lo que es bueno o malo para la misma, la «libertad» concedida sería una tiranía. Entendiendo, pues, que la sexualidad es una parte vertebradora de la subjetividad e identidad del ciudadano, es tarea del Estado impermeabilizarse de ideologías que influyan en la autonomía y desarrollo de su ciudadanía. Especialmente, y con más cautela, en materia de sexualidad y con relación a la adolescencia.

Por lo que se desprende de lo mencionado hasta este punto, se entiende que todo ordenamiento jurídico es percibido como un aglomerado de normas que sirven para regular las relaciones sociales. En este sentido, un derecho democrático de la sexualidad debe contemplar la disparidad y pluralidad de formas sexuales contenidas en la sociedad; un derecho democrático de la sexualidad no debe estar fijado en identidades y prácticas sexuales predefinidas y preestablecidas, sino que debe ampliar sus horizontes jurídicos para abarcar todas las modalidades posibles de entender la sexualidad. Un derecho democrático de la sexualidad debe acoger, en sus horizontes jurídicos-morales, la diversidad contenida en la especie humana. Los principios que se sustentan en el mismo son, como no, los mismos que erigen los DDHH y cualquier constitución de carácter democrático: la libertad, la igualdad y la dignidad. No obstante, la vindicación de la esfera sexual de la identidad puede ser más difícil que la vindicación de otras esferas reprimidas por el ciudadano (como la raza, la religión, la lengua, etc.), pues es de carácter interno y puede esconderse con relativa facilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- BARINAS, I., CEPEDA, Z.; DE LANCER, J. *Anteproyecto de Ley sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva*. República Dominicana, 2013.
- BERNARDINO, Hernando. «Las formas de expresión del mensaje periodístico». En: *Estudios sobre el mensaje periodístico*. 1995, vol. 2, pp. 27-44.
- BORRILLO, A.; GUTIÉRREZ CASTILLO, V. *Derecho y política de las sexualidades. Una perspectiva latino-mediterránea*. Barcelona: Editorial Huygens, 2013.
- BRUN, Jean. *Sócrates*. Barcelona: Edicions 1984, 2005.

- COLECTIVA MUJER SALUD. *Informe al Comité de los Derechos del Niño sobre la situación del niños, niñas y adolescentes en República Dominicana*. Colectiva Mujer Salud: 2014. [Consulta: junio de 2017]. Disponible en: [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared %20Documents/DOM/INT\\_CR C NGO DOM 18019 S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/DOM/INT_CR_C_NGO_DOM_18019_S.pdf).
- FOUCAULT, Michel. *Tecnologías del yo. Y otros textos afines*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1990.
- FOUCAULT, Michel. *Estrategias de poder*. Buenos Aires: Paidós Ibérica, 1999.
- FOUCAULT, Michel. *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2012.
- FOUCAULT, Michel. *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza Editorial, 2016.
- MÈLICH, Joan-Carles. *Totalitarismo y fecundidad. La Filosofía frente a Auschwitz*. Barcelona: Anthropos Editorial, 1998.
- OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples 2015*. República Dominicana, 2015. [Consulta: junio de 2017]. Disponible en: [www.one.gob.do/enhogar](http://www.one.gob.do/enhogar).
- ASAMBLEA GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 (III) A)*. París, 1948.
- COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Examen de los informes presentados por los Estados Partes con arreglo al artículo 44 de la Convención*. 2012. [Consulta: junio de 2017]. Disponible en: [www.refworld.org/es/country,,CRC,,DOM,,47b95e852,0.html](http://www.refworld.org/es/country,,CRC,,DOM,,47b95e852,0.html).
- SAVE THE CHILDREN. *Análisis de situación de la Gobernabilidad por los Derechos de la Niñez y la Adolescencia*. 2015. [Consulta: junio de 2017]. Disponible en: [www.unicef.org/AnalisisSituacionSaveTheChildren.pdf](http://www.unicef.org/AnalisisSituacionSaveTheChildren.pdf).
- SLOTERDIJK, Peter. *Temperaments filosòfics. De Plató a Foucault*. Girona: Edicions de la Ela Geminada, 2011.
- STOFFELS, Ruth Abril. *Mujer e igualdad: participación política y erradicación de la violencia*. Barcelona: Huygens Editorial, 2015.
- STUART MILL, John. De la libertad de pensamiento y discusión. En: *Sobre la libertad*. Madrid: Alianza Editorial, 2013.
- UNICEF; CONANI; MINISTERIO DE ECONOMÍA, PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA. *Análisis de Situación de la infancia y la adolescencia en República Dominicana*. 2012. [Consulta: junio de 2017]. Disponible en: [www.unicef.org/republicadominicana/Analisis Situacion Ninez corregido ago13 web.pdf](http://www.unicef.org/republicadominicana/Analisis_Situacion_Ninez_corregido_ago13_web.pdf).
- WOLFF, Jonathan. *Filosofía Política. Una introducción*. Barcelona: Editorial Planeta, 2001.

# «LO MÁS NATURAL POSIBLE»: NARRATIVAS DE MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA EN EL PARADIGMA DEL PARTO HUMANIZADO<sup>1</sup>

*“As Natural as Possible”: Narratives of Primary Health Care and Hospital Midwives  
in the Humanized Birth Paradigm*

Lara Beatriz Martín-Castañeda<sup>1</sup>

Correo electrónico: [laramartin.bcn.ics@gencat.cat](mailto:laramartin.bcn.ics@gencat.cat)

1. Matrona ASSIR Esquerra, Barcelona. Graduada en Antropología Social y Cultural por la UNED. Máster en Mujeres, Género y Ciudadanía por la Universitat de Barcelona (*Barcelona, España*).

Recibido: 25/03/2020 Aceptado: 11/05/2020



---

<sup>1</sup> Este artículo nace del TFM del Máster Mujeres, Género y Ciudadanía titulado: «Nuevas formas de atención biomédica a los procesos reproductivos: parto humanizado. Vínculos con los feminismos desde la perspectiva de las matronas de atención hospitalaria y primaria en Barcelona», defendido en Barcelona en setiembre de 2019. Asimismo, fue presentado como comunicación oral el 30 de enero de 2020 en el I Congreso COCA celebrado en Tarragona

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** Los movimientos de parto humanizado se desarrollan plenamente en los años 80 como una corriente crítica hacia las praxis de la biomedicina en los procesos reproductivos. Lo natural y la naturaleza son conceptos centrales dentro del mencionado paradigma. Se exaltan las capacidades biológicas de las mujeres para dar a luz sin injerencia biomédica tomando elementos ecofeministas. **OBJETIVO.** Explorar las visiones de las matronas entrevistadas en la intersección entre parto humanizado y naturaleza. **METODOLOGÍA.** La presente investigación se llevó a cabo con una metodología cualitativa de corte etnográfico. Se realizaron 8 entrevistas a matronas tanto de atención primaria como hospitalaria en Barcelona. **RESULTADOS.** Las informantes construyen lo natural aplicado a los procesos reproductivos como un *continuum* de opciones fluidas con dos polos: el del intervencionismo con connotaciones negativas y el del naturalismo, vinculado con elementos positivos. Por otro lado, la dicotomía mente/cuerpo cartesiana se invierte a nivel valorativo: la mente vehicula elementos biomédicos y por tanto negativos mientras que el cuerpo debe tomar el control. **CONCLUSIONES.** Siguiendo los preceptos de los movimientos de parto humanizado, las informantes consideran que la naturaleza guía los procesos reproductivos. No obstante, encontramos diferencias entre las más afines al intervencionismo biomédico y aquellas que consideran que dichos procesos no deben ser perturbados.

**Palabras clave:** matronas; naturalismo; parto humanizado.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** Humanized childbirth movements were fully developed in 1980s as a criticism towards biomedical practice in reproductive processes. “Nature” and “natural” are important concepts within the mentioned paradigm. Women’s biological abilities to give birth without biomedical interference are emphasized and we can see ecofeminist influences on it. **AIMS.** To explore interviewed midwives’ perceptions about the humanized childbirth paradigm and nature. **MATERIAL/METHODS.** The methodology is an ethnographic qualitative research design. Eight midwives who work in primary and hospital care settings in Barcelona were interviewed. **RESULTS.** Informants consider “nature” in childbirth as a range with two extremes: interventionism with negative implications and naturalism related with positive elements. On the other hand, the Cartesian mind/body dichotomy is reversed: the mind is associated with biomedicine and therefore with negative elements while the body must take control. **CONCLUSIONS.** Following the precepts of the humanized childbirth paradigm, all informants take nature as a guide in reproductive processes. However, some of them are more closely aligned with biomedical interventionism while others feel that these processes shouldn’t be manipulated.

**Keywords:** Midwifery; Naturalism; Humanization of Childbirth.

## INTRODUCCIÓN

### Parto Humanizado

El «parto humanizado» como concepto se acuña en el 2000 en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto celebrada en Ceará (Umenai, 2001) y hace hincapié en la humanización de la atención biomédica en los procesos reproductivos.<sup>2</sup> Se hace eco de textos previos de la OMS (1985; 1996) donde se establecían unas recomendaciones acerca de la tasa de cesáreas e inducciones al parto óptimas habida cuenta del ascenso del intervencionismo obstétrico en todo el mundo.

El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras. (Arnau et al., 2012, p. 232)

Por otra parte, no es posible esbozar un bosquejo coherente acerca de los movimientos de parto humanizado sin nombrar a Lamaze (1954) y Dick-Read (1944), que en los años 40 reivindicaron que un parto sin dolor y sin miedo no es solo posible sino deseable. Posteriormente, en los 80 y 90, Leboyer (1974) y Odent (1990) construirán el parto como un proceso fisiológico: un evento íntimo que se enmarca dentro de la vida sexual de las mujeres de capital importancia para el binomio madre-criatura y para el futuro desarrollo psicofísico del bebé. Será considerado un acontecimiento que no necesita la batuta biomédica ya que dicha injerencia puede ser profundamente iatrogénica.

Desde una visión más amplia, el parto humanizado surge como una crítica al control biomédico de los cuerpos de las mujeres que deriva de su característico androcentrismo (Bellón, 2015; Davis-Floyd, 2001; García, 2018; Rodrigáñez, 2000; Sadler, 2004). Exige la recuperación de unos cuerpos de mujer enajenados en manos supuestamente expertas, cuerpos mamíferos que saben cómo gestar, parir y lactar. Blázquez (2009) reflexiona en

---

<sup>2</sup> La biomedicina también puede denominarse «Modelo Médico Hegemónico» (Menéndez, 1990), «medicina occidental» o «alópata», y se caracteriza por ser una institución de marcado carácter positivista, biologicista, mercantil, ahistórica e individualista, entre otras. Se asocia a la racionalidad y destaca por su tendencia al control y sanción social que remite al concepto foucaultiano de biopoder (Sadler, 2004). Corresponde en el contexto de la investigación a los hospitales y centros de salud donde las informantes realizan su actividad diaria y también a ellas mismas como profesionales del sector salud.

su tesis acerca de cómo dentro del concepto de «humanizado» se incluyen varios elementos: la mujer como eje central del proceso, («el parto es nuestro») opinión también compartida por Wagner (2001); enfoque holístico de la atención y por último humanización del trato que podría traducirse como respeto, intimidad y en otros contextos, «pertinencia cultural» en la atención (Freyermouth y Meneses, 2017).

Como síntesis, el parto humanizado implica no únicamente la actualización de los protocolos hospitalarios en función de la denominada «evidencia científica», sino que trata de revertir las representaciones sociales que se han generado alrededor del embarazo y el parto (Lázare, 2015). El sistema médico-científico aupado por los medios de comunicación ha inoculado en el imaginario colectivo imágenes de partos rápidos y peligrosos que deben ser médicamente (y violentamente, como veremos en el siguiente apartado) conducidos para que se produzcan sin daño para madre y criatura (Barrios y Ferragut en Dona Llum, 2019).

### **¿Quién es quién? Definiendo el parto natural, el parto normal y el parto humanizado**

El parto humanizado trae aparejados unos conceptos afines que tanto en la producción biomédica como en las entrevistas se entremezclan, resultando especialmente complejo en ocasiones establecer definiciones claras entre parto normal, parto humanizado y parto natural. La definición del parto normal tiene cierto consenso, aunque como veremos la etiqueta solo es válida una vez ya ha transcurrido todo el proceso:

Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. (OMS, 1996; p. 6; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal, 2010, p. 37)

Encontrar una definición en base a la bibliografía de «parto natural» es más complejo (Arnau et al., 2012). El Parto es Nuestro, una de las asociaciones pro parto humanizado más relevantes en el Estado español lo define como:

Un parto natural es ante todo un parto en el que se respetan los tiempos normales de la mujer y el niño que va a nacer. En el que no se realizan intervenciones innecesarias; el que no se aplican protocolos rutinarios por

sistema. De lo que se trata es de llevar a la práctica el avance de la ciencia, los últimos descubrimientos científicos, la medicina basada en la evidencia y ofrecer a la madre la máxima seguridad y el respeto por su cuerpo y el del bebé [...] se refiere más bien a ese “dejar parir a la madre” sin dirigir, sin meter prisas, sin maniobras invasivas, sin fármacos innecesarios, sea cual sea el escenario escogido. [...] Lo natural es parir. (El Parto Es Nuestro, 2010)

Busquets (2019), en un esfuerzo por desligar el concepto de parto natural del de humanizado, hace hincapié en que todos los partos pueden y deben ser humanizados al margen de la intervención que precisen.

Existe la concepción errónea de que un parto respetado o humanizado es solo aquel natural o aquel en el que todo va bien. Pero esto es un gran error. Un parto respetado no es parir sin epidural en casa, por poner un ejemplo. Hay partos vaginales sin anestesia tremendamente violentos para y con la mujer y partos por cesárea o altamente intervenidos profundamente respetuosos y humanizados. (p. 139)

Fornes (2011), en cambio, sí que vincula la humanización con el escaso intervencionismo: «Humanizar el sistema de atención biomédico desde este marco significa evitar la medicalización y tecnificación del parto y nacimiento, devolviéndole el protagonismo a la madre y a su hijo/a en ese momento, tratarlos como personas-sujetos de derechos y no como meros cuerpos-objetos». (p. 138)

### **Violencia obstétrica**

Como hijo legítimo de la denuncia al intervencionismo biomédico nace el concepto de violencia obstétrica, que legislativamente se sanciona en primer lugar en Venezuela (2007) y Argentina (2009). Desde las ciencias sociales y grupos activistas se ha adoptado sin reservas mientras que para algunos profesionales de la salud es un elemento controvertido y con una aceptación cuanto menos parcial (Goberna-Tricas, 2018; SEGO, 2018). Hay múltiples definiciones de la violencia obstétrica, pero desde ámbitos castellanoparlantes el más utilizado es el que acuña legalmente Venezuela:

Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

(Artículo 15 de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [Venezuela], 2007)

Engloba las cesáreas sin indicación médica, la maniobra de Kristeller,<sup>3</sup> el intervencionismo considerado excesivo (uso de fármacos, rotura artificial de la bolsa, realización de episiotomías rutinaria), así como humillaciones, vejaciones y maltrato de todo tipo (psicológico, sexual, verbal y físico) a las mujeres en los paritorios (Jardim y Modena, 2018). Varias autoras (Bellón, 2015; García, 2018) insisten en que supone una vulneración de los derechos humanos donde se entrecruzan el maltrato institucional con la violencia de género. También consideran la violencia obstétrica como una forma de violencia simbólica (Bourdieu, 2000): una opresión que va más allá de la agresión física y que afianza y jerarquiza el construido como saber experto frente al conocimiento lego. Otras autoras inciden en la pérdida de conocimientos de las parteras con el paso de la asistencia de los partos a manos de los obstetras en occidente (English y Ehrenreich, 1973; Rodríguez, 2000).

En la misma línea, desde los movimientos de parto humanizado denuncian que los saberes de las mujeres sobre sus propios cuerpos quedan desacreditados hasta que un experto biomédico los ratifica o definitivamente los descarta (Blázquez, 2009; Montes, 2007; Sadler, 2004). Esos «saberes encarnados» que se reivindican desde una parte del feminismo (Haraway, 1995) son acallados. En clave sociológica, Castro (2014) incorpora el concepto de «hábitus médico autoritario» que supone «el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la *in-corporación* (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico» (p. 173). El autor hace referencia a las jerarquías, actitudes, valores y prácticas que se producen y reproducen en el microcosmos hospitalario mexicano y también en el proceso formativo de los profesionales de la salud, especialmente en el caso de los médicos. Con una visión diferente, Olza (2014) también insiste en las implicaciones de la violencia para los y las profesionales que la ejercen y/o presencian.

Desde la biomedicina la OMS se ha manifestado en varias ocasiones invitando a acatar la «evidencia científica» en la atención a los procesos reproductivos (OMS, 1985;

---

<sup>3</sup> La maniobra de Kristeller consiste en presionar el fondo del útero durante 5 a 8 segundos, sincrónicamente con la contracción uterina, con una pausa de 0,5 a 3 minutos, con el fin de facilitar el avance final y la expulsión de la cabeza fetal (*Guía de práctica clínica para la atención al parto normal*, 2019, p. 272).

1996). En el informe de 2014 (OMS, 2014), pese a que no nombra explícitamente la violencia obstétrica, sí que reconoce que «muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud» (p. 1). Por su parte, la ONU (2019) recientemente ha emitido un informe al respecto considerando la violencia obstétrica una vez más como una violación de los derechos humanos y una vulneración de los acuerdos de la Convención sobre la eliminación de toda forma de Discriminación sobre la mujer (CEDAW, en sus siglas en inglés).

### **«En las células está todo el conocimiento»: Los ecofeminismos**

El término de ecofeminismo será acuñado en 1974 por la francesa D'Eubonne con su libro *El feminismo o la muerte* y vincula feminismo y ecología. Critica por un lado la opresión masculina hacia las mujeres y por otro el control capitalista de la naturaleza, que oscurece y degrada las relaciones de cuidado consideradas como las bases del mundo social y material (Puleo, 2011; Shiva y Mies, 2014). Gran parte de los postulados del parto humanizado emanan del ecofeminismo, invitando a una «vuelta a la animalidad» (Tornquist, 2001), al reencuentro de la mujer como mamífera y a dejar en suspense la parte racional para que el proceso del parto fluya (Blázquez, 2009; Odent, 2007; Olza, 2017).

La naturaleza se construye como un elemento eminentemente positivo, alejada de visiones que la consideran una fuerza a controlar para hacer la vida humana más confortable: «Ya no es la naturaleza quien oprime al hombre [ser humano] sino él quien se precipita al suicidio al violarla» (Badinter, 2011, p. 49). Dicho ultraje se produce a través de la tecnología, artefactos que median entre los individuos y la naturaleza. Implícitamente introducen la dicotomía artificial/natural que resulta de compleja aplicación práctica (Lázaro, 2017).

Reivindican el valor de procesos como la menstruación, la gestación y el parto. Es un grito no desde la carencia sino desde la exaltación de la capacidad de crear vida, de buscar el placer más allá del coito y de generar nuevas dinámicas de cuidado social y de relación con el medio que no impliquen al capitalismo. (Massó 2015; Rodrigáñez, 2000) Dicha visión se entiende y se amplía dentro de la búsqueda postmoderna de una suerte de naturaleza perdida, romantizada y a una profesionalización de la maternidad con altos niveles de exigencia (Gimeno, 2018) Paralelamente a esta exaltación de las capacidades innatas no se abandona por completo la biomedicina, a la que se recurre «cuando hay

riesgo» (Lázare, 2016) a la vez que se apela al respeto por la «evidencia científica» (Wagner, 2001), especialmente cuando esta se muestra favorable a una menor intervención.

Por todo lo mencionado previamente, el objetivo principal de la presente investigación es explorar las visiones de las matronas entrevistadas en la intersección entre parto humanizado y naturaleza. Además, se trata de indagar en la construcción de los conceptos de natural y de naturaleza aplicados al parto, así como analizar las visiones de las informantes acerca de la dicotomía mente/cuerpo.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño del estudio**

La presente investigación se llevó a cabo con metodología cualitativa y se plantea como una etnografía. Se inscribe dentro de la antropología médica que considera que «la biomedicina y la ciencia son también productos de la vida social y la imaginación cultural» (Martínez Hernández, 2008, p.39) Dentro de esta, como marco teórico más acotado, la investigación toma elementos de la antropología de la reproducción (Blázquez, 2005) que reflexiona acerca de cómo los procesos procreativos se producen y reproducen en la esfera física pero también, y de forma indistinguible, en la simbólica y la social, vinculándose con formas hegemónicas de maternidad(es).

### **Ámbito de estudio**

Las entrevistas se realizaron en la ciudad de Barcelona durante los meses de abril, mayo y junio de 2019, y todas las matronas entrevistadas, salvo una que trabaja en Tarragona en atención primaria pero trabajó durante varios años en Barcelona, trabajan actualmente en Barcelona en hospitales y atención primaria.

### **Participantes del estudio**

Las informantes fueron 7 matronas residentes en Barcelona y otra en Tarragona que trabajan tanto en atención primaria como hospitalaria, pública y privada. La elección de matronas como informantes no fue aleatoria. En nuestro contexto, el parto humanizado nace de las quejas de las usuarias (Defensor del pueblo, 2006), siendo las matronas las que fundamentalmente atienden partos de bajo riesgo en el ámbito público y las que

acompañan partos domiciliarios. De la misma forma, Barcelona es la región donde hay más demanda de parto domiciliario dentro del estado español (Lázare, 2016). Todo esto construye a las matronas como agentes claves en los cambios en las praxis biomédicas, ya sea como facilitadores o como agentes de resistencia, con sus nociones propias acerca de la maternidad, los feminismos y el parto con un claro impacto en la atención que prestan.

El muestreo fue intencionado entre matronas interesadas en el tema y después en bola de nieve en aquellas relacionadas con el ámbito de investigación. Los criterios de inclusión fueron que las matronas estuvieran actualmente en activo, que conocieran los conceptos de violencia obstétrica y parto humanizado y que accedieran a participar en el estudio. Además, se ha buscado la multiplicidad de perfiles: varias informantes son favorables al parto humanizado y elementos afines (charlas, atención a partos domiciliarios, grupos de preparación al parto orientados a un parto sin epidural, principalmente). Otras, en cambio, están fuera de esos círculos y rechazan activamente el concepto de violencia obstétrica y otras simplemente no habían reflexionado demasiado al respecto. Con el mismo objetivo, los años de antigüedad en la profesión y ámbito de trabajo de las informantes son variados como se puede consultar en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Características de las informantes.

Pseudónimo	Ámbito y lugar de trabajo	Tiempo en la profesión
<b>Estrella</b>	Atención hospitalaria pública. Barcelona	1 año
<b>Laura</b>	Atención hospitalaria pública y privada. Barcelona	4 años
<b>Daniela</b>	Atención hospitalaria. Barcelona	4 años
<b>Alicia</b>	Atención primaria. Tarragona	5 años
<b>Lorena</b>	Atención primaria. Barcelona	7 años
<b>Sofía</b>	Atención primaria. Barcelona	11 años
<b>Judith</b>	Atención primaria y asistencia a partos en casa Barcelona	20 años
<b>Eva</b>	Atención primaria y atención hospitalaria privada Barcelona	40 años

**Fuente:** elaboración propia.

La muestra en ningún caso pretende ser representativa estadísticamente ya que se trata de un estudio cualitativo que se centra en explorar vivencias, percepciones y sensaciones a partir de los relatos de sus protagonistas. Se realizaron entrevistas hasta que se llegó a la saturación teórica. Los nombres mostrados en la tabla son pseudónimos para garantizar la confidencialidad.

### **Técnicas de producción de datos**

La técnica elegida para la producción de los datos fue la entrevista: se realizaron entrevistas semiestructuradas a 8 matronas. Las entrevistas no se concibieron como una forma de acumular datos cualitativos, sino como una herramienta para iniciar un diálogo, una reflexión, para acercarse a la «otredad».

Los conceptos clave explorados en las entrevistas son el parto humanizado, el concepto de natural y de naturaleza aplicado al parto y vivencias en su práctica diaria al respecto.

En la Tabla 2 se puede encontrar un guion de las entrevistas. La duración de las entrevistas fue de entre 50-90 min y se realizaron donde la informante se sintiera más cómoda, habitualmente en el centro de trabajo, pero también en cafeterías.

Las entrevistas fueron grabadas y las realizó la autora de la investigación. Durante el proceso de realización de estas se utilizó un diario de campo donde se plasmaban reflexiones y elementos de interés para la autora.

**Tabla 2.** Guion de la entrevista<sup>4</sup>

<p><b>Bloque 1. Generalidades.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Qué edad tienes?</li><li>- ¿Dónde naciste?</li><li>- ¿Cuánto tiempo llevas siendo matrona?</li><li>- ¿En qué ámbito trabajas? ¿Por qué?</li></ul>
<p><b>Bloque 2. Conceptualización del embarazo y del parto. Enfoque de riesgo</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Consideras que el embarazo y el parto son potencialmente peligrosos?</li><li>- ¿Crees que la realización de muchas pruebas (ecos seriadas, analíticas...) ayuda a disminuir este riesgo?</li></ul> <p><b>Bloque 3. El dolor en el parto</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Qué opinas acerca del parto sin epidural?</li><li>- ¿Crees que el dolor en el parto tiene sentido, función?</li></ul>
<p><b>Bloque 4. Parto Humanizado</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Crees que la conducción médica del parto tiene consecuencias sobre la madre y el recién nacido?</li><li>- ¿Consideras que las luchas de colectivos como El Parto es Nuestro son legítimas?</li><li>- ¿Cómo crees que son los protocolos que se aplican en los centros donde trabajas o has trabajado?</li><li>- ¿Están actualizados, según tu punto de vista?</li></ul>
<p><b>Bloque 5. Violencia obstétrica</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Has oído hablar de la violencia obstétrica?</li><li>- ¿Cómo te sientes al respecto?</li><li>- ¿Crees que existe?</li><li>- ¿A qué crees que se refiere el término y por qué ha surgido?</li></ul>
<p><b>Bloque 7. Mente/cuerpo</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Si el parto es una cuestión fisiológica, natural ¿por qué las mujeres necesitan «adiestramiento»? (cursos de preparación al parto específicos y demás)</li><li>- ¿Crees que la racionalidad puede suponer una dificultad para tener un parto natural? ¿Y para la crianza?</li><li>- ¿Crees que hay un estilo de vida más cercano al parto natural/con escasa medicalización?</li></ul>
<p><b>Bloque 8. Ecofeminismos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Te consideras feminista? ¿Por qué?</li><li>- ¿Crees que los movimientos feministas tienen relación con asociaciones tipo El Parto es Nuestro?</li><li>- ¿Crees que un determinado tipo de parto y de crianza tiene relación con el empoderamiento de las mujeres?</li><li>- ¿Crees que la maternidad (o algunos tipos) puede ser una herramienta de lucha feminista?</li></ul>

<sup>4</sup> Cabe destacar que la entrevista total es más extensa, pero se han reseñado aquí los bloques y puntos que tienen más en común con los objetivos y resultados desarrollados en el presente artículo.

## **Análisis de las entrevistas**

Una vez transcritas las entrevistas, en una primera fase que Taylor y Bogdan (1987) denominan de «descubrimiento», se realizó una identificación provisional de temas y categorías fundamentales. Posteriormente, se creó un mapa conceptual de resultados relacionados con los objetivos y con los conceptos clave que nacieron de la bibliografía, pero también del discurso de las informantes en un inevitable viaje de ida y vuelta entre el campo y el marco teórico. El eje metodológico fue el análisis del discurso. Se utilizó el programa Atlas.ti para el análisis de la información. Finalmente, se triangularon las entrevistas y las notas de campo con una revisión de textos procedentes tanto de las ciencias sociales como de la biomedicina (Alba, Aler y Olza, 2011; Departament de Salut, 2018; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal, 2010; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

## **Limitaciones del estudio**

Entre las limitaciones del estudio, hay que destacar que el hecho de trabajar como matrona complejiza la interacción entre el *etic* y el *emic*, el proceso de extrañamiento propio de cualquier investigación antropológica y sesga las entrevistas. No obstante, considero que tiene elementos positivos, ya que brinda a las informantes la posibilidad de hablar con la libertad de no sentirse juzgadas por un extraño y de poder utilizar jerga propia sin tener que «traducir» los conceptos biomédicos. Por otro lado, las entrevistas son voluntarias, por lo que aparecen las voces de aquellas más motivadas e interesadas en el tema. Además, no se entrevistó a ningún profesional varón.

## **Aspectos éticos**

En el presente estudio se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en las entrevistas: todas las participantes firmaron un documento de consentimiento informado por duplicado en el que se explicaba el objetivo del estudio y su posible difusión, y donde se garantizaba el anonimato de las entrevistas. La investigación fue aprobada por el equipo de coordinación del ASSIR Esquerra (atención primaria Barcelona), quienes no consideraron precisa la valoración del comité de ética de la institución.

## RESULTADOS

Los resultados se presentan alrededor de dos ejes: la construcción de las informantes del concepto de natural y naturaleza aplicado al parto y su visión acerca de la dicotomía cartesiana mente/cuerpo.

### Un continuum de opciones

Desde la perspectiva *emic*, la intervención biomédica excesiva se considera iatrogénica, pero resulta complejo definir en qué punto es pertinente y en cuál pasa a considerarse control patologizante. Los límites son fluidos y variables según la informante. Se construye todo un espectro de variantes dentro de lo «natural». En la cosmovisión de las informantes, en el polo más «natural» estaría el parto sin epidural, con frecuencia fuera del ámbito hospitalario, en casa; en el polo del intervencionismo, una cesárea/parto instrumentado (fórceps o ventosa). En el medio, infinitos matices manteniendo siempre una clara tendencia hacia «lo natural, lo fisiológico» y hacia un parto sin epidural, elemento central desde visiones *emic* para que un parto sea considerado como «natural»:

Yo creo que es bueno que estén informadas para reclamar lo que realmente quieren, para encontrar ese punto, ese límite entre, bueno, entre los protocolos y todas estas cosas, el intervencionismo máximo, ¿no?, y el naturalismo máximo, para encontrar un equilibrio. (Estrella, 1 año en la profesión, atención hospitalaria pública)

Otra de las informantes ubica el «intervencionismo excesivo» en otros momentos históricos y en otros lugares lejos de donde ella trabaja. Mantiene, no obstante, la tendencia hacia «la fisiología»:

Sí, yo creo que la normalidad [antes] estaba más medicalizada, ¿no? En el sentido de que se intervenía más y en algunos sitios aún se mantiene esto, pero que se intenta que el parto sea lo más fisiológico [posible]. (Laura, 5 años en la profesión, atención hospitalaria pública y privada)

Dentro de este espectro de opciones, hay unas determinadas intervenciones que no se acercan tanto al polo de la intervención como otras. En este fragmento, Daniela habla de

que preferiría que se le realizara la maniobra de Hamilton<sup>5</sup> antes que la inducción con pastillas, en una suerte de regateo, de escoger el mal menor dentro de la injerencia biomédica que desdibuja los márgenes del binomio artificial/natural:

Igual que tampoco entiendo lo de los tactos, que no quieran un Hamilton y prefieran que les des una pastilla, hay veces que las cosas no pueden ser naturales, y entonces, dentro de lo menos natural, pues hazme lo que sea más natural, aunque sea un poco intervencionista. (Daniela, 4 años en la profesión, atención hospitalaria pública)

### **Dicotomía mente/cuerpo**

Entre las informantes, lo natural en el ámbito del parto está asociado a un cuerpo de mujer construido como animal, como mamífero. La clásica dicotomía cartesiana aparece invertida: la razón es construida como un estorbo mientras que en el cuerpo se ubica la sabiduría que nos llevará a un parto fluido y gozoso. Una de las informantes ubica la naturaleza en una suerte de esencia inmanente, de material etéreo pero biológico y por tanto universal: los genes. La mente, en cambio, vehicula toda una serie de elementos negativos como la «cultura», que está impregnada por los valores biomédicos y por ende de miedo al parto:

A ver, yo creo que la capacidad [de gestar y parir] para mí es genética, yo les digo una frase así muy gilipollas, que se ríen, pero a ver, si tu cuerpo sabe hace un ser humano de dos células, no va a saber sacarlo, si sacarlo es echarlo fuera, eso es facilísimo, ha creado unos pulmones un hígado, es mucho más complicado. El cuerpo, aunque tú no hicieras nada, igual que cualquier animal, los animales no van a hacer un curso y a prepararse, yo creo que hay algo biológico y genético que está en nuestros genes y como mujeres sabemos perfectamente lo que tenemos que hacer, lo que pasa es que la cultura y el miedo nos puede bloquear, pero genéticamente estamos preparadas, hechas para parir. (Judith, 20 años en la profesión, atención primaria y atención a partos domiciliarios).

---

<sup>5</sup> «La maniobra de Hamilton supone [...] la separación de las membranas a través de una exploración vaginal en la que el dedo del examinador se mueve en dirección circular para separar el polo inferior de las membranas del segmento uterino inferior (Tenore, 2003. p. 2125). [traducción propia]

En la siguiente informante subyace la idea de que existe una forma «natural» de parir, totalmente desprovista de elementos culturales que, de nuevo, aparecen contruidos desde lo negativo, como un impedimento para que el parto fluya:

Y esto yo creo que está bien [ en los denominados «grupos de preparación al nacimiento»] trabajar algo a nivel... a nivel de desactivar el coco este que tenemos que nos pone tantas trabas, porque al fin y al cabo, lo mejor que podría pasar es casi que, cuando empieza el primer pródromo [fase inicial del parto, cuando se inician las primeras contracciones], tuviéramos un botoncito y todo el tema frontal se nos apagara, si tuviéramos esta posibilidad de quitar la electricidad de la parte frontal, yo creo que las cesáreas caerían a un 1%, estoy convencida. (Lorena, 7 años en la profesión, atención primaria.)

Otra de las informantes discrepa al considerar que la racionalidad es un elemento positivo también en el parto:

Se suele decir que la racionalidad es una dificultad para tener un parto natural, pero yo no creo que sea tanto la racionalidad porque al fin y al cabo es la capacidad de pensar y de decidir [...], sino cierta rigidez de que las cosas deben producirse de un modo en concreto cuando hay muchos factores que desconocemos y no sabemos cómo van a producirse en nuestro caso. (Alicia, 5 años en la profesión, atención primaria)

Algunos discursos, a veces incluso de la misma informante, enfatizan el poder (y la responsabilidad) de la gestante como individuo para tener un parto natural mientras que en otros se vislumbran reminiscencias del modelo sanitario paternalista que decide por las parturientas:

Esta misma mujer que puede tener unas expectativas de cara a un parto lo más natural posible puede que no pueda más, puede ser que su respuesta... [Que] no lo lleve con toda la fuerza que ella imaginaba, y... ¿pasa algo? Siempre es más, el parto más fisiológico [el parto natural], lo que pasa que también son horas de trabajo de parto, con dolor y, depende de la mujer, lo tolerará y lo vivirá de una manera u otra. (Eva, 40 años en la profesión, atención primaria y atención hospitalaria privada.)

Muchas veces pues tienes que tener más paciencia, ¿no? en la evolución del parto natural que *si le pones* una anestesia... (Laura. 5 años en la profesión, atención hospitalaria pública y privada, la cursiva es mía)

Algunas informantes más impregnadas del enfoque de riesgo característico de la biomedicina hacen hincapié en que el parto es un proceso fisiológico, pero no exento de que se desarrollen eventos adversos:

A ver, el embarazo es un proceso natural, fisiológico, nuestro código genético está hecho para poder parir, para quedarnos embarazadas, pienso que la naturaleza es súper sabia, pero esto no quiere decir que no se haya de controlar y precisamente hemos dicho que la sociedad evoluciona, cada vez tenemos más recursos, cada vez tenemos más instrumentos para controlar una gestación, un embarazo, un parto, vamos a hacer uso de ello, no abuso ¿eh?, hay que hacer uso, y por lo tanto tenemos como más garantías de que si la madre naturaleza un día falla, que estemos alerta... (Eva, 40 años en la profesión, atención primaria y atención hospitalaria privada)

## DISCUSIÓN

El parto humanizado se construye como una crítica al control biomédico y androcéntrico de los cuerpos de las mujeres, como una suerte de contraprogramación, haciendo suyo aquello de «donde hay opresión hay resistencia». Hay una abundante producción académica que ensalza las capacidades de los cuerpos femeninos para gestar, parir y lactar (García, 2018; Kitzinger, 2015; Odent, 2007; Olza, 2017) con un encaje complejo en el enfoque de riesgo que empapa toda la praxis biomédica y que achica o amplía a su arbitrio los límites de la normalidad (SEGO, 2018). Los resultados de las entrevistas coinciden en gran medida con la exaltación de ese conocimiento atávico femenino matizado por aquellas informantes más impregnadas de la ideología biomédica que de alguna forma todas vehiculan. Los ejes de opresión interseccionales, que sí se ven en la bibliografía latinoamericana (Arguedas, 2014; Medina, 2017) y en Agüero (2019) en el Estado español, no aparecen entre las informantes.

El poder ejercido por la biomedicina parece ser igual para todas mientras que el poder de parir y de criar también lo es en un giro inadvertido hacia el determinismo biológico. Algunas informantes participan activamente en círculos pro-parto humanizado y se hacen eco de las mejoras conseguidas en los protocolos hospitalarios, la militancia feminista asociada y la importancia de los cuidados no pagados dentro de la vida social y en el mantenimiento del capitalismo (Meillassoux, 1984). De la misma forma, haciendo suyo el feminismo de la diferencia, reivindican que la crianza y los cuidados formen parte de

la agenda feminista y que no se construyan como una carga por analogía a visiones patriarcales (Del Olmo, 2013; Massó, 2015; Ricoy, 2019; Rodríguez, 2000).

En estas representaciones que relacionan los procesos reproductivos, la maternidad y la naturaleza pueden sorprender, especialmente si recordamos las clásicas dicotomías naturaleza/cultura y público/privado en las que Ortner (1972) y Rosaldo (1980) respectivamente defendían que el núcleo de la opresión femenina se encontraba en ese vínculo patriarcal entre la naturaleza y las mujeres. Por ende, la asociación mujeres, naturaleza y cuerpo se ve con recelo desde autoras afines al feminismo de la igualdad que temen un velado resurgir de valores y opresiones patriarcales (Badinter, 2011; Esteban, 1999; Gimeno, 2018).

## CONCLUSIONES

Las informantes coinciden en la capacidad biológica de las mujeres para llevar a cabo exitosamente la gestación, el parto y el posparto, tal y como promulga el parto humanizado. No obstante, unas profesionales miran la naturaleza con recelo y a la biomedicina con fe, mientras que para otras el sistema médico-científico es una institución ominosa más que un bálsamo. Varias informantes consideran que existe una forma «natural» por contraposición a otra «cultural»/tecnológica de dar a luz. Estos discursos *emic* ignoran que el paradigma de parto humanizado no es un reflejo de una supuesta naturaleza, sino una construcción cultural escamoteada. El parto natural corresponde a un determinado momento sociohistórico y a un modelo de mujer(es) y maternidad, lo cual no invalida en absoluto la legitimidad de sus luchas, pero sí debe replantearse los esencialismos que ya fueron desacreditados por el feminismo de la igualdad.

Sería asimismo interesante para posteriores estudios establecer un diálogo con los agentes implicados (matronas y usuarias) para valorar cuándo la injerencia biomédica es pertinente y cuándo resulta excesiva, cómo manejar los fracasos de la naturaleza y desde qué aproximación epistemológica considerarlos como tal. Finalmente, considero relevante que profesionales y usuarias ejerzan su agencia con responsabilidad asumiendo que la «evidencia científica» por muy reificada que esté implica forzosamente un acto de fe si tenemos en cuenta su variabilidad transcultural y transhistórica.

## AGRADECIMIENTOS

Este proyecto no habría sido posible sin las compañeras que amablemente se prestaron a contestar a mis preguntas y sin Meri Torras, tutora del TFM.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGÜERO, Silvia. La violencia etnoobstétrica antigitana. En: Aparicio, Catalina, et al. *Disidencia en el cuerpo. Perspectivas feministas*. Barcelona: Ménades, 2019, pp. 86-94.
- ALBA, Concepción; ALER, Isabel; OLZA, Ibone. *Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011.
- ARGUEDAS, Gabriela. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. En: *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*. 2014, vol. 11, núm. 1, pp. 145-169.
- ARNAU SÁNCHEZ, José et col. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. En: *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*. 2012, vol. 7, núm.2, pp. 226-247.
- ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. *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*. Asamblea General de las Naciones Unidas, 2019. [Consulta: 23 de enero de 2020] Disponible en: [saludmentalperinatal.es/wp-content/](http://saludmentalperinatal.es/wp-content/)
- BADINTER, Elisabeth. *La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud*. Madrid: La esfera de los Libros, 2011.
- BARIOS, Isabel; FERRAGUT, David. Los mecanismos del género cinematográfico para tapar el parto medicalizado. Una aproximación desde la comedia, el terror y el documental. En: Dona Llum (ed.). *Mirades sobre la violència obstètrica/Miradas sobre la violencia obstétrica*. Barcelona: Editorial Pol·len, 2019, pp. 93-120.
- BELLÓN, Silvia. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la Biopolítica. En *Dilemata*. 2015, vol. 7, núm. 8, pp. 93-111. Disponible en: [www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/issue/view/19](http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/issue/view/19)
- BLÁZQUEZ, María Isabel. *Ideologías y prácticas de género en la Atención Sanitaria del Embarazo, Parto y Puerperio*. [Tesis doctoral]. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili, 2009.
- BLÁZQUEZ, María Isabel. Aproximación a la Antropología de la Reproducción. En: *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*. 2005, núm. 42, pp. 1-25.

- BOURDIEU, Pierre. Sobre el poder simbólico. En: *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: UBA/Eudeba, 2000, pp. 65-73.
- BUSQUETS, Marta. *Mi embarazo y mi parto son míos. Guía de derechos para las embarazadas*. Barcelona: Pol·len Ediciones, 2019.
- CASTRO, Roberto. Génesis y práctica del hábitus médico autoritario en México. En: *Revista Mexicana de Sociología*. 2014, vol. 76, núm. 2, pp. 167-197.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. En: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001, vol. 75, pp. 5-23.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ESPAÑA. *Informe anual*. Defensor del Pueblo España, 2006. [Consulta: 29 de enero de 2020]. Disponible en: [www.defensordelpueblo.es/wpcontent/](http://www.defensordelpueblo.es/wpcontent/)
- DEL OLMO, Carolina. *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Madrid: Clave Intelectual, 2013.
- DEPARTAMENT DE SALUT. *Protocol de seguiment de l' embaràs a Catalunya*. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2018.
- DICK-READ, Grant. *Childbirth Without Fear: the principles and practice of natural childbirth*. New York: Harper and Row, 1944.
- EHRENREICH, Barbara; ENGLISH, Deirdre. *Witches, Midwives and Nurses. A History of Women Healers*. New York: The Feminist Press, 1973.
- ESTEBAN GALARZA, Mari Luz. A favor de las malas madres. En: *Hika*. 1999, vol. 98, pp. 28-30.
- FORNES, Valeria. Parirás con poder... (Pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea. En: Felitti, Karina (ed.). *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Ciccus, 2011, pp. 166-175.
- FREYERMOUTH, Graciela; MENESES, Sergio. *La atención del parto con pertinencia cultural*. México: Cátedras Conacyt-CIESAS, 2017.
- GARCÍA, Eva Margarita. *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2018.
- GIMENO, Beatriz. *La lactancia materna. Política e identidad*. Madrid: Cátedra, 2018.
- GOBIERNO DE ARGENTINA. Ley 26.485: Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina: 1 de abril de 2009, pp. 53.

- GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL. *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010.
- HARAWAY, Donna. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra, 1995.
- JARDIM, Danubia Mariane; MÓDENA, Celina Maria. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. En: *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018, vol. 26, pp.1-12.
- KITZINGER, Sheila. *La crisis del parto*. España: OB Stare, 2015.
- LAMAZE, Fernand. *El Parto sin Dolor*. Buenos Aires: Ciencia y Vida, 1954.
- LÁZARE BOIX, Sarah. Los procesos procreativos desde la Antropología: el caso de las madres de Barcelona por un parto respetado. En: *Quaderns-e. Institut Català d'Antropologia*. 2015, vol. 2, núm. 21, pp. 21-37.
- LÁZARE BOIX, Sarah. Análisis antropológico del cuerpo en los relatos de parto normal de mujeres y profesionales en Barcelona. En: *Musas*. 2015, vol. 1, núm. 1, pp. 3-15.
- LÁZZARO, Ana Inés. Cuerpos «al natural»: la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado. En: *Revista Pilquen Sección Ciencias Sociales*. 2017, vol. 20, núm. 3, pp. 83-94.
- LEBOYER, Frederick. *Por un nacimiento sin violencia*. Tarragona: Mandala, 2008 [1974].
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Ángel. *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos editorial, 2008.
- MASSÓ, Esther. Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: Teta decolonial. En: *Dilemata*, 2015, vol. 7, núm. 18, pp. 185-223.
- MEILLASSOUX, Claude. *Mujeres, graneros y capitales: economía doméstica y capitalismo*. México: Siglo XXI, 1999 [1984].
- MENÉNDEZ, Eduardo. *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Cuadernos de la Casa Chata, 1990.
- MOLINA, Ainhoa. Esterilizaciones (forzadas) en Perú. Poder y configuraciones narrativas. En: *AIBR*. 2017, vol. 12, núm. 1, pp. 32-52.
- ODENT, Michel. *El bebé es un mamífero*. Tenerife: OB Stare, 2007 [1990].
- OLZA, Ibone. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. En: *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de psicosomática*. 2014, vol. 111, pp. 79-83.
- OLZA, Ibone. *Parir*. Barcelona: Sipan Barcelona, 2017
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Appropriate technology for birth. En: *Lancet*. 1985, vol. 326, núm. 8452, pp. 436-437.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Cuidados en el Parto Normal*. Ginebra: Departamento de investigación y salud reproductiva, 1996.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. OMS, 2014. [Consulta: 15 de enero de 2020]. Disponible en: [www.who.int/reproductivehealth/topics/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/)
- PARIENTE, Claudia ¿Qué es un parto natural? En: *Web El Parto es Nuestro*. Madrid: El Parto es Nuestro, 29 de mayo de 2010. [Consulta: 28 enero de 2019]. Disponible en: [www.elpartoesnuestro.es](http://www.elpartoesnuestro.es)
- PULEO, Alicia. *Ecofeminismo: para otro mundo posible*. Valencia: Ediciones Cátedra, 2011.
- REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Caracas*, 23 de abril de 2007, vol. 38.668, p. 41.
- RICOY, J. Las feministas que se acordaron tarde y mal de nuestros partos. [Mensaje de blog]. 29 de mayo de 2019. Recuperado de: [jesusaricoy.blogspot.com/2019/05/](http://jesusaricoy.blogspot.com/2019/05/)
- RODRIGÁÑEZ, Casilda. *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Murcia: Ediciones Crimentales, 2000.
- SADLER, Michele. Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En: Sadler, Acuña; Obach. *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Santiago de Chile: Catalonia, 2004, pp. 15-66.
- SHIVA, Vandana; MÍES, María. *Ecofeminismo*. Barcelona: Icaria Editorial, 2014.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA (SEGO). Violencia obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable. En: *Web SEGO*. 2018. [Consulta: 2 de febrero de 2020]. Disponible en: [us18.campaign-archive.com/?](http://us18.campaign-archive.com/?)
- TENORE, Josie. Methods for Cervical Ripening and Induction of Labor. En: *American Family Physician*. 2003, vol. 67, núm. 10, pp. 2123-2128.
- TORNSQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: Natureza e maternidad no ideário da humanização do parto. En: *Estudios feministas*. 2001, vol. 10, núm. 2, pp. 483-492.
- UMENAI, Tai. Forewords of the International Conference on the Humanization of Childbirth held on 2–4 November 2000, in Fortaleza, Ceará, Brazil. En: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001, vol. 75, núm. 1, pp. 1-88.
- WAGNER Marsden. Fish can't see water: the need to humanize birth. En: *Int J Gynecol Obstet*. 2001, vol. 75, núm. 1, pp. 25-37.

# LA CESÁREA RUTINARIA COMO UNA FORMA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA: EXPERIENCIAS DE MUJERES Y MÉDICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

*Routine Cesarean Section as a Form of Obstetric Violence: Experiences of Women and Physicians in a Public Hospital in Mexico City*

Ana Prado Murrieta<sup>1</sup>

Correo electrónico: [ana.prado@uacm.edu.mx](mailto:ana.prado@uacm.edu.mx)

1. Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, México. Profesora-Investigadora a tiempo completo en la Academia de Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). (*Ciudad de México, México*)

Recibido: 25/03/2020 Aceptado: 02/12/2020



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (2019), el término violencia obstétrica hace referencia a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención al parto en los centros de salud, es una forma específica de violencia que constituye una violación a los derechos humanos. **OBJETIVO.** Esta investigación analiza la práctica de la cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica, ilustrando experiencias de mujeres y médicos. **METODOLOGÍA.** El estudio se realizó en un nosocomio materno-infantil público perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. La metodología empleada fue cualitativa, teniendo como técnica de investigación la entrevista semiestructurada. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN.** En el hospital estudiado existe una práctica injustificada de cesáreas que supera las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud. El discurso biomédico ilustra la existencia de una marcada visión biologicista y refuerza la creencia del parto como un evento patológico, de riesgo e incontrolable. Los testimonios muestran una cadena de abusos, maltratos y violencia que se traduce en la vulneración sistemática de los derechos humanos de las mujeres. **CONCLUSIONES.** En México, la práctica de cesáreas injustificadas es un ejercicio naturalizado de violencia, ligado a otras formas de abusos. La atención biomédica al nacimiento vive un momento de profundo cuestionamiento ya que la violencia que viven las mujeres al atender sus partos se ha incrementado. Es urgente visibilizar este tipo de violencia e impulsar políticas en salud que transformen, dignifiquen y humanicen los servicios públicos de atención al nacimiento.

*Palabras clave:* violencia obstétrica; cesáreas rutinarias; modelo biomédico; parto.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** According to the United Nations (2019), the term obstetric violence refers to the violence suffered by women during childbirth in health centers. It is a specific form of violence that entails a violation of human rights. **OBJECTIVE.** This article analyzes the practice of the routine cesarean as a form of obstetric violence, illustrating experiences of women and doctors. **METHODOLOGY.** The study was carried out in a maternity-children's hospital belonging to the Ministry of Health of Mexico City. The methodology used was qualitative, with the research technique of a semi-structured interview. **RESULTS AND DISCUSSION.** In the hospital object of this study there is an unjustified practice of cesareans that surpass the recommendations issued by the World Health Organization. The biomedical discourse illustrates the existence of a strong biologicistic vision and reinforces the belief that childbirth is a pathological, risky and uncontrollable event. The witnesses show a chain of abuses, mistreatments and violence that lead to the systematic violation of the human rights of women. **CONCLUSIONS.** In Mexico, the practice of unjustified cesareans is a naturalized exercise of violence, linked to other forms of abuse. Biomedical care of childbirth is experiencing a moment of profound questioning as the violence that women suffer during childbirth has increased. It is urgent to expose this type of violence and promote health policies that transform, dignify and humanize the public services of childbirth healthcare.

*Keywords:* Obstetric Violence; Routine Cesareans; Biomedical Model; Childbirth.

## INTRODUCCIÓN

### Conceptualización de la violencia obstétrica

En Latinoamérica, el desarrollo y reconocimiento del concepto *violencia obstétrica* ha sido paulatino (CNDH, 2017). Un evento histórico para la región fue la *Primera Conferencia Internacional para la Humanización del Nacimiento*, celebrada en Brasil en el año 2000, donde un grupo cohesionado de activistas, investigadores y profesionales de la salud latinoamericanos se reunieron en respuesta a las altas tasas de intervenciones en el parto y el creciente reconocimiento de abusos hacia el parto de mujeres. *La Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto* «RELACAHUPAN» fue fundada en esta reunión, liderando el debate sobre el derecho de las mujeres a un parto respetado dentro de la región. En 2007, Venezuela se convirtió en el primer país en definir formalmente el concepto de «violencia obstétrica» a través de la *Ley Orgánica del Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia*, donde la violencia obstétrica se codifica como uno de los 19 tipos de formas punibles de violencia contra las mujeres y se describe como:

*Artículo 15.* «La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres». (República Bolivariana de Venezuela, 2007)

Profundizando, el término «violencia obstétrica» hace referencia a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud (ONU, 2019); es una forma específica de violencia que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (GIRE, 2015). La violencia que sufren las mujeres en los

servicios de salud es producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud (Magnone, 2006).

Jewkes y Penn-Kekana (2015) argumentan que se puede establecer paralelismos entre el maltrato de las mujeres en el parto y la violencia contra las mujeres en general, resaltando que la característica esencial de la violencia contra las mujeres es que proviene de la desigualdad estructural de género, es decir, de la posición subordinada de las mujeres en la sociedad en comparación con los hombres. Sadler visibiliza el componente estructural de la violencia obstétrica y la distingue de otras formas de violencia que tienen lugar en el ámbito hospitalario, situándola como una cuestión feminista, un caso de violencia de género, puesto que las mujeres, aunque estén de parto, siguen siendo personas sanas, y embarazo y parto no constituyen enfermedades, sino que deberían conceptualizarse como eventos sexuales (Sadler et al., 2016 en Goberna-Tricas, 2019).

La violencia obstétrica, debe de ser comprendida y explicada en clave de género, ya que el parto es un evento representativo de la sexualidad femenina, tanto que algunos testimonios de mujeres que sufren violencia obstétrica con frecuencia la experimentan e interpretan como un evento equiparable a una violación.<sup>1</sup>

### **Prácticas contemporáneas de violencia obstétrica en México.**

Menéndez (1990) plantea que «la medicalización consiste en el proceso a través del cual, toda una serie de episodios vitales que hasta en ese momento fueron parte de los comportamientos de la vida cotidiana, se convierten en enfermedades». Es decir, que dichos eventos pasaron a ser atendidos y explicados a través de técnicas y concepciones biomédicas caracterizadas por la racionalidad científica moderna y la centralidad explicativa que le otorga la biología. Con su cada vez mayor y más compleja articulación con el mercado, se generan estrategias de publicidad que son subjetivadas y que conforman un biomercado marcado por la compulsión, en el cual el cuerpo y sus procesos serán intervenidos para el lucro. La atención biomédica del parto se ha modificado con el

---

<sup>1</sup> La autora Sara Cohen Shabot en su texto «Making loud bodies ‘feminine’: a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence», acuña el término «Birth Rape» —violación de nacimiento— para referirse a «las metáforas que usan las mujeres en trabajo de parto al describir sus experiencias de violencia obstétrica». Como ejemplo, la autora cita los testimonios de dos mujeres al narrar los recuerdos de su parto: «Fue como una sensación de violación, completamente fuera de control. Mi cuerpo fue totalmente violado. Sentí que a nadie le importaba. Te pones ropa barata y mucho maquillaje y, si eres violada, es tu culpa»; «Sentí lo mismo con la cesárea, me estremece el recuerdo de estar atada a la mesa y ser completamente vulnerable a un hombre empuñando un cuchillo».

desarrollo de la ciencia y la tecnología, así como a partir de las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El enfoque biológico, la hospitalización, el uso indiscriminado de medicamentos y la tecnología caracterizan las prácticas rutinarias de la atención biomédica del embarazo y el parto. Ambos son entendidos como eventos patológicos que requieren vigilancia médica para detectar riesgos. Hernández y Echevarría (2014) refieren que autoras como Nancy Stoller y Brigitte Jordan, tras estudiar el parto hospitalario en Estados Unidos, le han otorgado diferentes atributos entre los que destacan: su tendencia a la medicalización; su abordaje autoritario y asimétrico; su obsesión por el control tecnológico y la fragmentación de los cuidados. Además, algunas investigaciones hablan del «encarnizamiento terapéutico», que se refiere al uso innecesario de procedimientos médicos y quirúrgicos y que se efectúan básicamente porque se tiene el poder para hacerlo (Castro, 2014).

En México, diversos autores han documentado la violencia que viven las mujeres en los servicios de Salud Reproductiva.<sup>2</sup> Estos argumentos nos hacen pensar que la atención biomédica al nacimiento vive un momento de profundo cuestionamiento. Hay una naturalización de la violencia dentro de los hospitales. Desde la atención biomédica, el parto es visibilizado como una enfermedad para la cual es indispensable medicar y controlar. El modelo biomédico poco a poco se ha vuelto un procedimiento mecanizado y rutinario, fundamentado en ganancias económicas y reducción de los tiempos. Esta forma de atención ha traído graves problemas, siendo uno de ellos el alto índice de cesáreas no justificadas. Precisamente, es el abuso generalizado de esta técnica lo que ha hecho que se la incluya como una práctica de violencia obstétrica que vulnera los derechos reproductivos de las mujeres. La Oficina del Alto Comisionado para las Naciones Unidas ha considerado que millones de mexicanos se encuentran en situación de vulnerabilidad y discriminación, debido a factores inherentes a su condición porque

---

<sup>2</sup> De acuerdo con un rastreo hecho por el investigador Roberto Castro (2014), la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y las Comisiones Estatales de Derechos Humanos (CEDH) han emitido más de 150 recomendaciones relacionadas con abusos en la atención de la salud reproductiva en los últimos 12 años, dirigidas en su mayoría a instituciones públicas de salud, a partir de quejas presentadas por usuarias de dichos servicios. Por otra parte, de acuerdo con las estadísticas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se ha confirmado que, del año 2000 al 2012, esta institución recibió 20 740 quejas, de las cuales 2,877 (14 %) correspondieron al área de ginecología y obstetricia, que ocupa, efectivamente, el primer lugar como especialidad con mayor número de quejas.

no reciben atención suficiente del Estado, porque este o algunos de sus integrantes violan sus derechos, o porque la sociedad ignora o desconoce su situación (ACNUDH-ONU, 2003).

### **Cesáreas rutinarias como una forma de violencia obstétrica**

La cesárea o el parto por cesárea es el uso de la cirugía para alumbrar a los niños cuando médicamente es necesario y cuando un parto vaginal pondría a la madre o al niño en situación de riesgo. Cuando está justificado desde el punto de vista médico, es un procedimiento que salva vidas. Sin embargo, recientemente ha habido una tendencia creciente al uso excesivo de la cesárea en todo el mundo (ONU, 2019). De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2015), los países nórdicos (Islandia, Finlandia, Suecia y Noruega), Israel y los Países Bajos tuvieron las tasas de cesáreas más bajas en 2013, que van del 15 % al 16,5 % de todos los nacimientos vivos; mientras que Turquía, México y Chile tuvieron el más alto, con tasas que van del 45 % al 50 %. América Latina es la región donde se concentran las tasas más altas de cesáreas en el mundo, con varios países por encima del 40 % y Brasil liderando la tendencia con 54 % (Sadler et al., 2016).

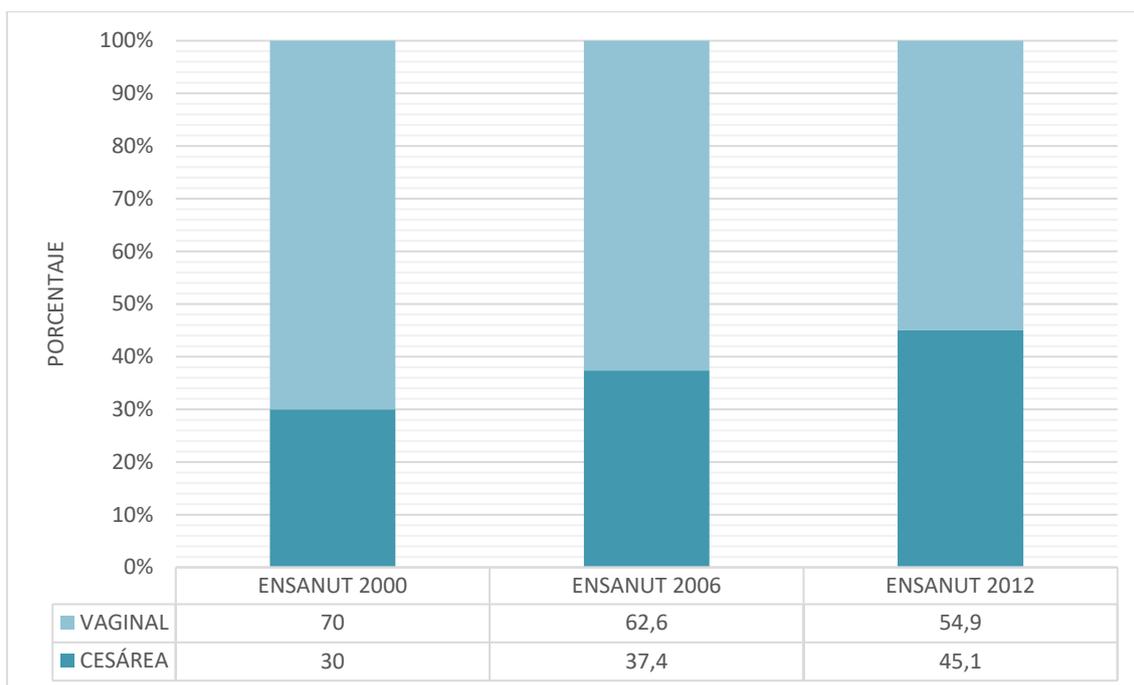
Actualmente, el número de cesáreas se ha incrementado de forma importante en México, llegando en los últimos años a equipararse casi al número de nacimientos por vía vaginal y convirtiéndolo en uno de los países con mayor número de cesáreas del mundo. Aunque en principio la cesárea es un procedimiento relativamente seguro e indispensable en algunas situaciones, cuando se realiza sin indicación médica presenta mayores tasas de morbilidad de madres e hijos que las observadas en los nacimientos por parto vaginal, es decir, los riesgos sobrepasan los beneficios, lo que genera diversas complicaciones para las mujeres sometidas a este procedimiento y costos adicionales para el sistema de salud. En los últimos años se ha observado un excesivo intervencionismo médico en todos los ámbitos gineco-obstétricos, así como en todos los aspectos relacionados con la maternidad (García, 2015).

Las recomendaciones acerca de cuántos procedimientos por cesáreas son aconsejables para no cometer abusos con este método cambian según las instituciones a las que nos refiramos (García, 2015). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una proporción de cesáreas necesarias de entre 10 y 15 % y la «NOM-007-SSA2-2010», *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de*

la persona recién nacida, establece un máximo de 15 % en hospitales de segundo nivel de atención y de 20 % en los de tercer nivel. La literatura científica internacional en esta área ha demostrado que, cuando se utiliza la cesárea sin las indicaciones correctas, los riesgos para la salud sobrepasan los beneficios y se transgreden los derechos reproductivos de las mujeres (Suárez et al., 2013).

La normalización del nacimiento por cesárea en México es un problema de salud pública (García, 2015); en el año 2009, la Secretaría de Salud informó un total de 2 188 592 nacimientos, de los cuales el 41 % ocurrió por cesárea. En la figura 1, podemos observar que, en México, de acuerdo con la información de las Encuestas Nacionales de Salud, existe un incremento en los nacimientos por cesárea de 30 % en el año 2000 a 45,1 % en 2012. Estas estadísticas representan un incremento del 50,3 % en últimos doce años (Suárez et al, 2013).

**Figura 1. Incremento de las cesáreas en México, ENSANUT 2000, 2006, 2012.**



\* De los últimos hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la entrevista.

± p< 0.001.

**Fuente:** Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México (Suárez *et al*, 2013).

García (2015), en su artículo «Evolución del nacimiento por cesárea: el caso de México», estudió el número de nacimientos por parto y cesárea a partir de la evolución y

pronóstico en el periodo 2008-2013. La autora expone que, analizando los certificados de nacimiento y realizando una proyección, el caso de México es particular en este sentido, al presentar en 2013 un total de 46 % de cesáreas respecto al total de nacimientos, ubicándose a la cabeza mundial del *ranking* de nacimientos por cesárea, por lo que podemos concluir que a medio plazo los nacimientos por cesáreas superaran al total de nacimientos por parto en el país.

Dentro del sistema de salud, se reconoce que un parto natural tiene un menor costo. Sin embargo, las cesáreas han aumentado y se justifican con argumentos como la «rapidez del procedimiento» y la «sobredemanda de los hospitales». Para el año 2012, el porcentaje de cesáreas por institución a nivel nacional fue: Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 67.56 %; Petróleos Mexicanos (PEMEX) 60.59 %; Secretaría de Marina (SEMAR) 58.89%; Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) 38.49 %; Secretaría de Salud (SSA) 34.66 %; Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 32.16 % —vale la pena recordar que lo recomendado por la OMS, es entre 10-15 % (GIRE, 2015). De acuerdo con información del IMSS del mismo año, el costo aproximado de un parto vaginal y de una cesárea, ambos con dos días de hospitalización son de \$17, 400 pesos y de \$21, 600 pesos, respectivamente.<sup>3</sup> El incremento de las cesáreas en México claramente está relacionado con las ganancias que reciben los hospitales privados. En estos hospitales, los nacimientos se venden como «paquetes de parto sin dolor» que incluye parto programado, suites para el parto, quirófano y cunero. En el hospital privado ABC, un parto programado por cesárea tiene un costo de alrededor de: \$43,900 pesos (Paz, 2018). Cabe mencionar que para el año 2012 la tasa de cesáreas en clínicas particulares era de 69.6 %.

Por lo tanto, el aumento de las cesáreas puede considerarse como un proceso en el que las mujeres finalmente reciben menos información y menos opciones y en el que los obstetras se apropian del papel central del parto a expensas de las mujeres. Para muchas mujeres, una cesárea que podría haberse evitado es una violación de su integridad corporal (Castro, 2019). Bajo este marco introductorio, el objetivo del presente artículo es estudiar el ejercicio de la cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica

---

<sup>3</sup> Investigadores de la Universidad de Guadalajara (México) documentaron los costos unitarios del parto vaginal y del parto por operación cesárea de un hospital general regional del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Delegación Jalisco, donde los resultados mostraron que el costo promedio para la atención del parto vaginal en el HGR fue de \$1 954,66 pesos, mientras que para la operación cesárea fue de \$5 763,23 pesos, con una diferencia de \$3 808,57 pesos (González et al., 2011).

mostrando la experiencia de médicos participantes, pero sobre todo privilegiando las vivencias de las mujeres protagonistas del nacimiento.

## METODOLOGÍA

La metodología empleada fue cualitativa, bajo la perspectiva fenomenológica, tomando como eje la experiencia vivida por los participantes involucrados en la atención al parto. Bajo el entendido de que la particularidad de los estudios cualitativos radica en la comprensión de los significados y las relaciones de la problemática centrada en las personas y en el escenario estudiado, sin importar tanto la representación estadística de los hechos (Amezcuá y Gálvez, 2002), por lo que la importancia de los datos radicó en la naturaleza testimonial de las experiencias expuestas por los participantes. El estudio se desarrolló en un hospital materno-infantil público, perteneciente a la Secretaría de Salud de la CDMX. El nosocomio se localiza en San Miguel Topilejo, municipio ubicado al sur de la Ciudad de México, en la alcaldía Tlalpan. La población de la zona es de escasos recursos, pues, de acuerdo con los datos del Consejo Nacional de Población, el 60 % de la población de Topilejo está clasificada con un índice de marginación muy alto; otros datos muestran que en el año 2000 únicamente el 29 % de la población contaba con derechohabiencia, y para 2010 el INEGI reportó un incremento del 47.64 %, la mayoría afiliada al seguro popular de salud<sup>4</sup> (SEDESA, 2019).

La técnica de investigación fue la entrevista semiestructurada, dirigida a dos grupos: *Grupo A. Médicos ginecobstetras*, trabajadores del hospital; *Grupo B. Mujeres*, pacientes del hospital. En total se realizaron seis entrevistas, fueron aplicadas por la investigadora, de manera personal y se desarrollaron dentro de la institución hospitalaria (tres entrevistas dirigidas a médicos y tres entrevistas con mujeres). Se contó con el permiso del hospital y el respectivo comité de bioética para realizar la investigación. El muestreo de los participantes fue discrecional o intencional. En el caso de los médicos, los participantes

---

<sup>4</sup> El Sistema Nacional de Protección Social en Salud, comúnmente conocido como Seguro Popular de Salud, propuesto y aprobado en el sexenio de Vicente Fox (2000-2006). Se planteó como un nuevo esquema de aseguramiento público para la población que no contaba con acceso a mecanismos de protección social en salud como es la seguridad social, es decir, fue pensado para la población más vulnerable. Desde su implementación, el Seguro Popular ha sido objeto de fuertes críticas por parte de diversos actores. La investigadora Asa Cristina Laurell, en el año 2003, publicó el libro *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*, en el cual se reflexiona profundamente sobre el papel del Seguro Popular. Uno de los puntos más cuestionables de este esquema de salud es que su implementación se ha visto como un vehículo para privatizar y mercantilizar la salud (Laurell, 2013).

fueron referidos por el director del hospital, el criterio de selección fue que se encontraran como personal de base en el nosocomio y que tuvieran la especialidad en ginecología y obstetricia; las participantes mujeres fueron contactadas por la jefa de enfermeras, el criterio de selección fue que hubieran tenido un parto por cesárea y que por decisión propia quisieran participar en la investigación. La entrevista se realizó horas después del parto, cuando las mujeres estaban en servicio de hospitalización, estables y antes de que fueran dadas de alta del nosocomio. Todas las entrevistas fueron nombradas con orden numérico para resguardar el anonimato de los participantes.

Con el propósito de recuperar la experiencia discursiva de médicos y mujeres, se elaboró un guion para cada grupo de participantes, centrado en dos categorías: *a) el discurso y los significados de los médicos entorno a la cesárea* y *b) la experiencia de las mujeres que vivieron la cesárea*. Para llevar a cabo el análisis se transcribió cada una de las entrevistas y posteriormente se elaboró el análisis cualitativo basado en las siguientes fases: a) Descubrimiento (buscar temas examinando los datos de todos los modos posibles); b) Codificación (reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones); y c) Relativización de los datos (interpretarlos en el contexto en el que fueron recogidos) (Amezcuca y Gálvez, 2002).

El estudio estuvo guiado por el principio de consentimiento informado, que es la decisión de participar en una investigación, tomada por un individuo competente que ha recibido la información necesaria, la ha comprendido adecuadamente y la ha considerado. La toma de decisión fue sin ningún tipo de coerción, intimidación, influencias o incentivos indebidos. El consentimiento informado se transmitió de manera oral y escrita. Los formatos de consentimiento utilizados para el estudio fueron: carta de presentación para participar en la investigación dirigida al hospital; carta de consentimiento informado para los participantes entrevistados; carta de consentimiento para autorizar la audio grabación.

## **RESULTADOS**

En este apartado se analizaron dos aspectos relacionados con la violencia obstétrica: a) el discurso y los significados médicos entorno a la cesárea y b) la experiencia atendidas en la institución hospitalaria.

### **a) Discursos y significados por parte del personal médico.**

El pensamiento médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto entidades definidas y producidas por causas únicas. Prevalece una fuerte concepción biologicista del embarazo y el parto, estos eventos de la vida de la mujer se visualizan como patologías. Para los médicos el embarazo se concibe como una situación de alto riesgo donde existe una clara necesidad de supervisión y control por parte del personal calificado:

El embarazo... alguna vez me lo comentaron... Me acuerdo la primera vez que lleve ginecología, ahorita haciendo memoria de eso, decían que el embarazo es un atentado contra la vida, el embarazo pone totalmente en un desorden todo el sistema fisiológico de la madre (Médico 3).

De acuerdo con lo referido por el personal médico, el porcentaje de cesáreas practicado en el hospital es de 60 a 70 %.

Uy... Pues hay muchas cesáreas, muchísimas, aquí lo más común es por ruptura prematura de membranas, por toxemia en el embarazo, por meconio, o sea sufrimiento fetal agudo, este... pues son los más comunes. Desde el punto de vista médico... ja, ja, ja [risas], la cesárea es mejor, por rapidez, de 20 partos, 15 mujeres terminan en cesárea (Médico 2).

El porcentaje de cesáreas de este hospital...Ups... Pues hasta la última vez que me enteré estamos en un 60% cuando deben de ser menos de 45% de las cesáreas, pero estamos en un nivel muy alto, está entre el 65 y 70% (Médico 3).

Entre las principales justificaciones del personal de la institución sobre la realización de este procedimiento se encuentran: la falta de personal, la rapidez del procedimiento, y la falta de cuidados de la propia mujer:

En el hospital se usa la cesárea por falta de personal, es una indicación muy frecuente, falta de personal, me refiero es... Hay pacientes que a lo mejor están en el límite, ya es un embarazo de término que ya no han evolucionado correctamente y si no tienen trabajo de parto, y llegan a valoración y uno sabe que no va a haber médico de noche, que pueda llevarles un seguimiento de control de parto, o que no sabemos si va a haber anestesiólogo en días posteriores, ese tipo de cosas, entonces... es preferible si se tiene el recurso y

si no evoluciona a las 42 semanas operarla, para mejorar el pronóstico del producto sobre todo, el porcentaje de cesáreas yo creo que serán, yo creo que son 50 y 50 o tal vez un poquito más un 60 y 40, o sea más cesáreas que partos (Médico 1).

Cabe señalar que en muchas veces se culpabiliza a las pacientes por dicha intervención como lo muestra el siguiente testimonio:

Hay un alto índice de operación cesárea, y todo es responsabilidad de las pacientes, la cesárea ocurre por las complicaciones durante el embarazo, entonces si cumpliesen con todo su tratamiento en el prenatal, pues yo creo que serían partos normales, pero por ejemplo hay toxémicas, hay hipertensas, y todo como te comentaba se puede prevenir si se detecta a tiempo, con dietas, con control, con todo eso se puede llegar a un feliz parto, ¿no? Pero finalmente hay una alta incidencia de operaciones cesáreas porque no se sujetan a su tratamiento como debe de ser (Médico 2).

#### **b) Experiencias de mujeres atendidas en un hospital público.**

El control medicalizador sobre el cuerpo de las mujeres y su capacidad reproductiva ha estado presente en los últimos decenios. Dos razones suelen explicar este hecho. La ginecología históricamente ha asumido el cuerpo femenino como patológico o defectuoso y las bajas tasas de natalidad que imponen la necesidad de controlar todos los embarazos y partos para que lleguen a buen término, lo que constituye un medio indirecto de control social de las mujeres que abre el camino a la actividad normativa y controladora de la medicalización (García y Díaz, 2010).

Durante el parto, me lastimaron muy feo, cuando me hacían pujar, me metían una mano y me abrían así, parece que era porque me estaban ayudando, estaba yo así pujando, y el doctor cada que pujaba yo, metía sus dedos de este lado y de este lado de mi vagina y me abría, que para que me ayudara a expulsarlo, eso me lastimaba muchísimo. No me aviso que me iba a hacer esto, ya me lo dijo después, cuando le dije que me dolía, me dijo: «este... pues es que le tiene que doler, o si no quiere tener a su hijo pues ahí se lo dejamos y yo me voy», luego, pues ya me aguante y ya no le dije nada. Poco tiempo después me practicaron la cesárea (Mujer 2).

Las pacientes refieren que no se les brinda ninguna información relacionada con el procedimiento al cual serán sometidas:

Entonces yo voltee y le pregunté a la doctora: «¿me va a hacer cesárea o que va a pasar?» Y no me contestó, no me contestó, entonces en ese momento, le gritó al camillero: ingreso. Entonces, yo le dije: «¿pero ¿qué me van a hacer?, ¿me van a hacer cesárea, o me van a hacer que tenga labor de parto, o qué va a pasar?», y me dice: «Tú deber es guardar silencio y obedecer, no preguntar». Después llego otra doctora y me explicó: mira, por tu peso, y por la grasa, no vas a poder tener un parto normal. Esperemos que no tengas ninguna complicación, todo puede pasar por no cuidarte y me regañó un buen rato. Me dijo que la cesárea era primero por mi peso, por mi obesidad, segunda porque tu cuello uterino está muy reducido (Mujer 3).

Las entrevistadas refirieron la insistencia por parte del personal médico para optar por un método anticonceptivo definitivo, en el caso de las mujeres jóvenes (adolescentes), frecuentemente fueron cuestionadas sobre su vida sexual y su responsabilidad, hubo criminalización y repudio hacia el embarazo adolescente:

Las enfermeras me insistieron mucho en que me operara. La doctora me insistía mucho, opérate, es mejor que ya no tengas hijos. Con tu obesidad imagínate pasar por otra cesárea (Mujer 3).

## DISCUSIÓN

En el campo de la investigación, el término *violencia obstétrica* es de uso limitado e indefinido. Coincido con Castro (2014), que argumenta «el principal obstáculo que enfrenta la investigación en esta materia es la conceptualización ya que, desde el campo médico, la violencia obstétrica es vista como un problema gerencial y básicamente de *calidad de la atención*». Tal como apunta Goberna-Tricas (2019), «una de las razones por las cuales el término violencia obstétrica no está más extendido es que los profesionales de la salud se resisten al uso del concepto de violencia, que es contrario a su ethos». En este sentido, un planteamiento relevante de esta investigación fue aproximarnos al estudio del abuso de la cesárea como una forma de violencia obstétrica desde un enfoque de género, privilegiando las vivencias de las mujeres.

En el caso de México, autores como García (2015) y Suárez et al. (2013) evidencian el incremento en el número de cesáreas a nivel nacional, convirtiendo esta situación en un problema de salud pública. De acuerdo con los datos recabados, en el hospital de estudio, existe una práctica rutinaria de cesáreas, el personal médico menciona que el

porcentaje de cesáreas practicado en la institución es de 60 a 70 %, porcentaje muy encima de lo indicado por la Organización Mundial de la Salud (la cual, recomienda entre 10 y 15 %). Entre las principales justificaciones médicas sobre la realización de este procedimiento, se hallan: la carencia de personal, la rapidez del procedimiento y la falta de cuidados de la propia mujer. Además, es importante referir lo que argumenta Garcia (2015): «los motivos por los cuales se práctica la cesárea rutinaria son variados, pero existe un incremento de la misma debido a las ventajas lucrativas y a la reducción del tiempo en el trabajo médico, pero sobre todo a la institucionalización y medicalización de la maternidad». Precisamente es el abuso generalizado de esta técnica lo que ha hecho que se la incluya como una forma de violencia obstétrica.

#### **a) Poder biomédico/ Cascada de intervenciones medicalizadoras.**

Granados, Hernández y Olvera (2017) aducen que «la práctica médica ejerce su poder sobre el cuerpo social e individual, cosificando el cuerpo y fragmentándolo para su estudio e intervención, y haciéndolo depositario de normas». La investigación de campo documenta que el poder biomédico se caracteriza por una marcada visión biologicista; el cuerpo femenino es visto bajo el modelo del *cuerpo-máquina*, es un objeto que en sí mismo —para el orden social y de género— representa una *disfuncionalidad*. Dentro del contexto hospitalario, fueron muy presentes los actos normalizados de poder biomédico. Entre las evidencias más documentadas se encontraron: calificar a las mujeres como incultas e incapaces de participar en los cuidados de su propio cuerpo; la fragmentación de los cuidados médicos; el distanciamiento en la relación médico-paciente; y como práctica de control social, las estrategias de control de natalidad.

Foucault (2007) señala «la medicalización es el proceso mediante el cual la medicina moderna convierte algunos objetos en sus objetivos abarcando en su ámbito de intervención fenómenos no vinculados ni inmediata ni necesariamente a la salud o la enfermedad pero que, para justificar su apropiación, requieren de un proceso de anormalización», es decir, construirlos ya no como simples hechos infrecuentes o vergonzosos para la moral predominante, sino como verdaderas patologías. Los testimonios recabados en la investigación refieren una tendencia medicalizadora del parto. Muestran que el pensamiento biomédico conceptualiza a la maternidad (embarazo/parto) como un evento patológico. En particular, el parto es visto como un

evento *de riesgo e incontrolable* donde la cesárea representa la principal *tecnología de control biomédico*.

De acuerdo con Pérez y Gérvas (1999), «el aumento de la tasa de cesárea es el punto final a la medicalización innecesaria del embarazo y del parto, es una forma de *encarnizamiento diagnóstico y terapéutico*». Un hallazgo de la investigación sustentado en el testimonio de las mujeres fue mostrar que la práctica de cesáreas no es una intervención aislada. La cesárea forma parte de una *cascada de intervenciones* donde las mujeres de manera protocolizada y mecanizada pasan por una serie de procedimientos habituales: *episiotomía, maniobra de kristeller y estrategias de control de natalidad*. Además, las mujeres viven otras formas de violencia simbólica: violencia verbal; falta de información sobre los procedimientos; y culpabilización. Hernández y Echevarría (2014) explican que el parto constituye también un evento paradigmático de protocolización-mecanización de la atención clínica «el contexto hospitalario se convierte en una fábrica, donde el interés reside en el producto, no en el proceso, se considera que las mujeres son las trabajadoras, cuyas máquinas: sus úteros, requieren un control externo por los doctores y en el que priman la efectividad, la división del trabajo en tareas y el control del tiempo, de modo que se cosifica a la parturienta y se incorpora a un proceso protocolizado».

## CONCLUSIONES

La investigación muestra que la práctica de cesáreas rutinarias representa un ejercicio naturalizado de violencia obstétrica. Esta forma de violencia de género no es un suceso aislado; los testimonios de médicos y pacientes evidencian una *cascada de intervenciones medicalizadoras* y diversas formas de *abusos* que se traducen en una violación sistemática de los derechos humanos de las mujeres. La violencia expuesta está ligada a estrategias de poder y control sobre los cuerpos de las mujeres, sustentadas en el pensamiento biomédico, el cual se caracteriza por una visión biologicista, reduccionista y fragmentada. Tal visión refuerza la creencia del parto como un evento patológico, de riesgo e incontrolable.

Desde la academia es urgente impulsar la investigación sobre la violencia obstétrica. Además, se recomienda analizar e incluir otros modelos de atención al nacimiento que operan en diferentes países como la partería y el parto domiciliario, con la finalidad de reducir el número de cesáreas injustificadas y la violencia de género institucional.

Es urgente visibilizar la violencia obstétrica que viven las mujeres e impulsar políticas en salud que transformen, dignifiquen y humanicen los servicios públicos de atención al nacimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- AMEZCUA, M.; GÁLVEZ, A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. En: *Revista Especializada Salud Pública*. 2002, vol. 47, núm. 6, pp. 625-638.
- CASTRO, A. Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork: Notes from Latin America. En: *Health and Human Rights Journal*. 2019, vol. 21, núm. 1, pp. 103-113.
- CASTRO, R. Génesis y práctica del habitus medico autoritario en México. En: *Revista Mexicana de Sociología*. 2014, vol.76, núm. 2, pp. 167-197. [Consulta: 20 de enero de 2018]. Disponible en: <http://revistamexicanadesociologia.unam.mx/index.php/rms/article/view/46428>.
- COHEN-SHABOT, S. Making loud bodies “feminine”: a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. En: *Human Studies*. 2016, vol. 39, núm. 2, pp. 231-247.
- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Recomendación General No. 31/2017, sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*. México: CNDH, 2017. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/tipo/1/recomendacion>.
- CORRAL-MANZANO, G. El derecho penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México. Resultados al 2018. En: *Musas*. 2019, vol. 4, núm. 2, pp. 100-118.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. México: Secretaría de Gobernación, 2010. Disponible en: <http://normasapf.funcionpublica.gob.mx/>.
- FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI, 2007.
- GARCÍA, E. Evolución del nacimiento por cesárea: El caso de México. En: *DILEMATA, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*. 2015, vol. 7, núm. 18, pp. 27-43.
- GARCÍA, D.; DÍAZ, Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. En: *Revista Cubana Salud Pública*. 2010, vol. 36, núm. 4, pp. 330-336.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA. *Violencia Obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. México: GIRE, 2015. Disponible en: <https://gire.org.mx/>

- GOBERNA-TRICAS, J. Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada. En: *Musas*. 2019, vol. 4, núm. 2, pp.26-36.
- GONZÁLEZ, G.; VEGA, M.; CABRERA, C. *Cesáreas en México: aspectos sociales, económicos y epidemiológicos*. México: Universidad de Guadalajara y Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2011.
- GRANADOS, J.; HERNÁNDEZ, P.; OLVERA, A. Performatividad del género, medicalización y salud en mujeres transexuales en Ciudad de México. En: *Revista Salud Colectiva*. 2017, vol. 13, núm. 4, pp. 633-646.
- HERNÁNDEZ, J.; ECHEVERRÍA, P. La parte negada del parto institucionalizado: explorando sus bases antropológicas. En: *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*. 2014, vol. 69, núm. 2, pp. 327-348.
- JEWKES, R.; PENN-KEKANA, L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. En: *PLoS Medicine*. 2015, vol. 12, núm. 6. pp.1-16.
- LAURELL, A. *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*. Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2013.
- MAGNONE, N. *Derechos y poderes en el parto: Una mirada desde la perspectiva de la humanización*. [Tesis de Máster]. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República, 2006.
- MENÉNDEZ, E. *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: CONACULTA, 1990.
- MENÉNDEZ E. *La antropología médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2000.
- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS. *Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México*. México: ACNUDH-ONU, 2003. Disponible en: [https://hchr.org.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=132:diagnostico-sobre-la-situacion-de-derechos-humanos-en-mexico-2003&catid=17&Itemid=278](https://hchr.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=132:diagnostico-sobre-la-situacion-de-derechos-humanos-en-mexico-2003&catid=17&Itemid=278).
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Ginebra: ONU, 2019. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/74/137>.
- PAZ, C. ¿Cuánto cuesta un parto en México? En: *Periódico Milenio*, 10 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.milenio.com/negocios/cuanto-cuesta-un-parto-en-mexico>.
- PÉREZ, M.; GÉRVAS, J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. En: *Revista Semergen*. 1999, vol. 25, núm. 3, pp. 239-248.

- REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Venezuela: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 2007. Disponible en: <<http://virtual.urbe.edu/gacetas/38770.pdf>>.
- SADLER, M., et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. En: *Reproductive Health Matters*. 2016, vol. 24, núm. 47, pp. 47-55.
- SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO. *Unidades Médicas-Hospital materno-infantil de Tlalpan*. México: SEDESA, 2019. Disponible en: <<http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/um-sedesa>>.
- SUÁREZ, L., et al. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. En: *Revista de Salud Pública*. 2013, vol. 55, núm. 2, pp. 225-234.

# INTERVENCIONES ENFERMERAS PARA REDUCIR EL MIEDO AL PARTO. ESTUDIO DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA<sup>1</sup>

*Nursing Interventions to Reduce Fear of Childbirth: A Literature Review Study*

Marta Arranz Terensi<sup>1</sup>

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

1. Graduada en Enfermería. Universitat de Barcelona. (*Barcelona, España*)

Recibido: 28/05/2020 Aceptado: 02/12/2020



---

<sup>1</sup> Este artículo deriva del Trabajo fin de grado realizado en cuarto curso del grado de Enfermería (Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud) de la Universitat de Barcelona por la autora y tutorizado por la Dra. Josefina Goberna Tricas durante el curso académico 2019/2020.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** El miedo al parto durante el embarazo tiene repercusiones en la vida diaria de la mujer y afecta a su bienestar. Las matronas, como profesionales de referencia en la atención del embarazo y parto normales, han de procurar restablecer la confianza de las mujeres en su cuerpo y garantizar que todas tengan acceso al soporte, cuidados e información que promuevan una experiencia de parto positiva. **OBJETIVOS.** Identificar las intervenciones enfermeras dirigidas a reducir el miedo al parto en mujeres embarazadas. **METODOLOGÍA.** Revisión bibliográfica en la que se han utilizado las bases de datos de PubMed, Cinahl, Cochrane Library, Scielo, Scopus, Cuidatge y Cuiden. **RESULTADOS.** Se han incluido un total de 24 artículos: cuatro estudios observacionales, cuatro experimentales, cinco ensayos clínicos aleatorizados, dos cuasiexperimentales, tres cualitativos, cinco revisiones sistemáticas y uno de metodología mixta cualitativa/cuantitativa. Los resultados que se han obtenido hacen referencia a intervenciones como: asesoramiento (*counselling*), mindfulness, educación prenatal, uso del *role play*, la terapia con arte, la psico-educación y la preparación para el parto con acompañante (*companion-integrated childbirth preparation*). **CONCLUSIONES.** Podemos afirmar que hay una gran variedad de intervenciones para el manejo del miedo al parto en mujeres embarazadas. Las intervenciones estudiadas han obtenido resultados positivos en la reducción del miedo al parto. El mejor modelo asistencial para reducir el miedo al parto se ha visto que es el de la continuidad asistencial. Por último, habría que aumentar el número de estudios en nuestro entorno geográfico y cultural.

**Palabras clave:** miedo; parto; matrona; intervenciones.

## ABSTRACT

**BACKGROUND.** Fear of childbirth during pregnancy has an impact on a woman's daily life and affects her well-being. Midwives, as reference professionals in pregnancy and normal birth care, should seek to restore women's confidence in their bodies and ensure that they all have access to the support, care and information that promotes a positive birth experience. **OBJECTIVES.** Identify the nurse interventions aimed at reducing fear of childbirth in pregnant women. **METHODOLOGY.** In this bibliographic review we have used the databases PubMed, Cinahl, Cochrane Library, Scielo, Scopus, Cuidatge and Cuiden. **RESULTS.** There are included a total of 24 articles: four observational studies, four experimental studies, five randomized clinical trials, two quasi-experimental studies, three qualitative studies, five systematic reviews and one of mixed qualitative/quantitative methodology. The results obtained refer to interventions such as: counselling, mindfulness, antenatal education, the use of role play, art therapy, psychoeducation and companion-integrated childbirth preparation. **CONCLUSION.** We can say that there are a variety of interventions for managing childbirth fear in pregnant women. The interventions studied have shown positive results in reducing the fear of childbirth. The best healthcare model to reduce the fear of childbirth has been found to be the continuity of care. Lastly, the number of studies in our geographical and cultural environment should be increased.

**Keywords.** Fear; Childbirth; Midwife; Interventions.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la salud (OMS) recogió en la Declaración de Fortaleza las principales recomendaciones de lo que tenía que ser la atención a la maternidad en todo el mundo. En dicho documento se explica que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y a tener un papel central en todos los aspectos de esta atención, en los que se incluyen la participación, planificación, ejecución y evaluación de la atención. Hay que tener en cuenta que los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para dar una atención perinatal adecuada (OMS, 2003).

El embarazo es un proceso natural de las mujeres en el que hay cambios físicos y psicológicos que necesitan de una adaptación (Cos, 2017). En el proceso de adaptación psicológica hay sentimientos de ambivalencia hacia el nuevo estado y posteriormente hay la aceptación del rol materno. Esta adaptación también genera sentimientos de estrés y ansiedad relacionados con el desarrollo del embarazo y el futuro parto que se expresan en forma de preocupación o miedo en aproximadamente un 80 % de las mujeres embarazadas. No obstante, para algunas de estas mujeres el parto puede suponer una amenaza de daño y dolor que puede generar un miedo intenso (Ortega-Cejas et al., 2019).

El miedo al parto fue descrito por primera vez por el psiquiatra francés Louis Victor Marcé (1858). En el año 1981, en una población de mujeres embarazadas suecas, se definió el término «miedo al parto» como «una fuerte ansiedad que había deteriorado en las mujeres las actividades de la vida diaria y el bienestar». Un miedo más moderado se identificó como una ansiedad significativa, que no interfirió en la vida diaria de las mujeres (Nilsson et al., 2018). Más tarde, en un estudio hecho en Finlandia, Terhi Saisto y Erja Halmesmäki definieron el miedo al parto como un problema de salud para una gestante relacionado con un trastorno de ansiedad o una fobia en la que se incluían complicaciones físicas, pesadillas y problemas de concentración, así como demandas de cesárea (Saisto y Halmesmäki, 2003).

El término «miedo al parto clínico» describe un «miedo inhabilitante que interfiere en las actividades de la vida diaria y relaciones sociales» y, en algunos casos, hasta llega a la clasificación de una fobia específica según el DSM IV (Nilsson et al., 2018). Hofberg et al. (2003) introdujeron el término «tocofobia», definido como un miedo irracional al parto que puede inducir a la mujer a posponer o evitar el embarazo y/o a solicitar una cesárea electiva (Ortega-Cejas et al., 2019).

La tocofobia puede ser primaria, que es la que suele aparecer en la adolescencia o edad adulta primeriza y en mujeres nulíparas. Por otra parte, se puede clasificar como tocofobia secundaria cuando aparece en mujeres que han tenido una experiencia previa de embarazo en el cual se han desarrollado miedos posteriormente o ha habido una experiencia traumática del parto, a veces relacionada con el trastorno de estrés postraumático (Ortega-Cejas et al., 2019; Nilsson et al., 2018; Badaoui, Kassm y Naja, 2019). Además, el miedo al parto está fuertemente relacionado con el crecimiento del número de cesáreas, ya que habitualmente las mujeres que lo sufren tienden a evitar el parto vaginal y solicitan un parto quirúrgico (Nilsson et al., 2018). La prevalencia en el mundo de la tocofobia se considera que llega al 14 % (Ead et al., 2017). En Europa la prevalencia parece variar entre países, oscilando entre el 1,9 y el 14 % (Nilsson et al., 2018).

Henrietta Otley (2011) describe las causas del miedo al parto, analizándolas y dividiéndolas en las siguientes:

### **Causas biológicas**

A pesar de que en las últimas décadas el empoderamiento de las mujeres en Occidente ha crecido, la confianza cultural y personal en su capacidad para dar a luz parece que ha disminuido, y esto ha ido acompañado de un aumento de los niveles de miedo al parto que a menudo las debilita. Las causas de este miedo son las historias negativas y el miedo al dolor en el trabajo de parto, que está asociado a sufrimiento, vergüenza, pérdida de control y falta de defensa. Sjögren (2000) encontró que las razones más habituales del miedo al parto eran la falta de confianza en el personal obstétrico y la sensación de exclusión de las decisiones. Esto nos ayuda a ver la importancia de una buena actuación de la matrona para mejorar la experiencia del embarazo y el parto de la mujer ofreciendo información, poder de decisión y defensa (Otley, 2011).

### **Causas psicológicas**

Las investigaciones que han estudiado variables de personalidad sugieren que la depresión, la ansiedad y la baja autoestima están relacionadas de manera significativa con la tendencia de la mujer embarazada a temer el parto (Otley 2011; Demšar et al., 2018; Ortega-Cejas et al., 2019)

Lowe (2000) comprobó que las mujeres miedosas tenían una autoeficacia más baja, cosa que implica que tienen poca confianza en su capacidad de parir eficazmente, y este es

un ámbito donde una buena matrona puede intervenir empoderando a las mujeres para que adquieran una mejor confianza en su cuerpo y proporcionando ayuda y soporte (Lowe 2000). Saisto y Halmesmäki recomiendan que las matronas estuvieran atentas a las mujeres que presentan quejas prenatales, como dolor abdominal recurrente, ya que esto podría enmascarar ansiedades sobre el parto (2003).

### **Causas sociales**

Respecto a cuestiones sociales, la investigación de Henrietta Otley (2011) demuestra que las mujeres jóvenes que tienen un nivel educativo bajo y una red social pobre, o que manifiestan insatisfacción con sus parejas, son más propensas a verse afectadas por el miedo al parto. También tienen más riesgo de padecerlo las gestantes que han sufrido abuso sexual y que tienen un bajo nivel socioeconómico (Ortega-Cejas et al., 2019). Saber que estas mujeres son más vulnerables y tienen más riesgo de sufrir este miedo puede ayudar a las matronas a discernir qué mujeres necesitan una ayuda especial para construir su autoestima o para mejorar sus redes sociales, así como determinar en qué casos les iría bien la terapia psicológica.

### **Causas culturales**

Las «historias de terror» sobre el parto han estado identificadas como una causa importante del miedo, especialmente en las mujeres primíparas y estas contribuyen a la concepción de la experiencia de parto como temible. La información alarmante que explican los amigos, la familia y los medios de comunicación sobre el parto es difusa. Las historias de los profesionales de la salud también tienen un fuerte poder explicativo para causar miedo. Puede ser que nuestro clima sociocultural disminuya la creencia de las mujeres en sí mismas y en su cuerpo. Además, las mujeres consideran que la tasa de intervención y las tasas operativas son pruebas de que el parto es peligroso y espantoso y que ha de ser gestionado médicamente. Como acompañantes del embarazo y parto normal, las matronas tienen que restablecer la confianza de las mujeres en su cuerpo y garantizar que todas tengan acceso al soporte, cuidados e información que promuevan una experiencia de parto positiva. (Otley, 2011)

Las consecuencias de este miedo pueden generar en la mujer inseguridad, frustración y falta de autoeficacia en su capacidad para dar a luz. Asimismo, también pueden dar lugar a insomnio y depresión, solicitudes de cesárea, tasas más altas de cesárea urgente, de

analgesia epidural, complicaciones durante el parto y/o distocia de expulsivo e incremento de la duración del trabajo de parto, así como una experiencia de parto negativa que aumentará el riesgo de miedo en embarazos posteriores y también inestabilidad emocional postnatal con sensación de fracaso personal (Otley, 2011; Ortega-Cejas et al., 2019).

Ante la situación descrita, podemos preguntarnos cuáles son las intervenciones que pueden llevarse a cabo para reducir el miedo al parto. En este trabajo abordaremos como objetivo principal identificar las intervenciones enfermeras dirigidas a reducir el miedo al parto en mujeres embarazadas. Como objetivos específicos, nos plantearemos conocer cuál es el mejor modelo asistencial para reducir el miedo al parto en mujeres embarazadas, describir las intervenciones enfermeras realizadas durante el embarazo para reducir el miedo al parto y determinar su efectividad.

## METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica que quiere plasmar las evidencias científicas que hay sobre el tema planteado. Se han utilizado las siguientes bases de datos como fuente de información: PubMed, Cinahl, Cochrane Library, Scielo, Scopus, Cuidatge y Cuiden. Para seleccionar las palabras clave se utilizó tesauros Medical Subject Headings (MeSH) y luego el Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCS) para traducir correctamente las palabras clave utilizadas para la búsqueda de información.

Estas palabras clave se especifican en la tabla 1, y están clasificadas por idiomas:

**Tabla 1.** Palabras clave utilizadas

Castellano	Catalán	Inglés
<b>Miedo</b>	Por	Fear
<b>Parto</b>	Part	Parturition, childbirth
<b>Matrona</b>	Llevadora	Midwife
<b>Intervenciones</b>	Intervencions	Interventions

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos han sido los siguientes:

- Artículos que traten sobre las intervenciones enfermeras/matronas
- Artículos en castellano, catalán e inglés

- Artículos completos
- Artículos publicados a partir de 2015

Los criterios de exclusión utilizados han sido los siguientes:

- Artículos que no sean de acceso gratuito
- Artículos que traten sobre menores de 18 años con miedo al parto
- Artículos sobre intervenciones realizadas a las parejas de las mujeres que tienen miedo al parto
- Artículos que traten sobre intervenciones farmacológicas.

Después de realizar la búsqueda en las bases de datos, se procedió a seleccionar los artículos que cumplieran con los requisitos comentados anteriormente. Podemos observar la selección en la siguiente tabla:

**Tabla 2.** Artículos seleccionados

Bases de datos	Resultados	Seleccionados por el título	Seleccionados por el resumen y eliminado los repetidos	Artículos seleccionados finalmente después una lectura completa
PubMed	259	55	30	18
Cinahl	431	15	7	4
Cochrane Library	210	54	4	2
Scielo	36	2	2	0
Scopus	73	14	1	0
Cuidatge	1	0	0	0
Cuiden	127	1	0	0

## RESULTADOS

Se han seleccionado 24 artículos, el diseño metodológico se muestra en la tabla 3.

**Tabla 3.** Diseño metodológico de los artículos consultados

<b>Estudio observacional</b>	<b>4</b>
<b>Estudio experimental</b>	<b>4</b>
<b>Ensayo clínico aleatorizado</b>	<b>5</b>
<b>Estudio cuasiexperimental</b>	<b>2</b>
<b>Revisión sistemática</b>	<b>5</b>
<b>Estudio cualitativo</b>	<b>3</b>
<b>Metodología mixta cualitativa/cuantitativa</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>

En la tabla 4 (ver página siguiente y siguientes), se muestran los principales resultados obtenidos de los artículos incluidos.

**Tabla 4.** Síntesis de los resultados de la revisión bibliográfica

<b>Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Métodos</b>	<b>Resultados y Conclusiones</b>
<p><i>A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care</i></p> <p>Ingegerd Hildingsson, Christine Rubertsson, Annika Karlström, Helen Haines</p> <p>2019. Suecia. Estudio experimental (Hildingsson, Rubertsson, et al. 2019)</p>	<p>Describir y comparar el resultado del parto y la experiencia de la atención intraparto entre mujeres con miedo al parto que han recibido atención intraparto de una matrona conocida con aquellas que no.</p>	<p>70 mujeres recibieron asesoramiento de una matrona para el miedo al parto durante el embarazo.</p> <p>Cuando fue posible estas mujeres fueron asistidas por la matrona conocida durante el parto.</p>	<p>Tener una matrona conocida durante el parto tuvo 5 veces más probabilidades de tener una experiencia de parto positiva. No hubo diferencias respecto al inicio del parto ni al tipo.</p> <p>Las mujeres que tuvieron una matrona conocida durante el parto tuvieron una mejor atención respecto a la información, la participación en la toma de decisiones y la percepción de control.</p>
<b>Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Métodos</b>	<b>Resultados y Conclusiones</b>
<p><i>A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth</i></p> <p>Kathrin Stoll, Emma Marie Swift, Nichole Fairbrother, Elizabeth Nethery, Patricia Janssen</p> <p>2018. Canadá. Revisión sistemática. (Stoll et al. 2018)</p>	<p>Resumir estudios de calidad alta sobre intervenciones prenatales no farmacológicas que están relacionadas con la reducción de la ansiedad específica del embarazo y el miedo al parto.</p>	<p>Se buscaron artículos en PubMed y Mendeley con una combinación de 42 términos de búsqueda. Dieciséis estudios cumplieron los criterios de inclusión: una intervención, un componente educativo o un régimen de tratamiento para la ansiedad específica del embarazo o el miedo al parto durante el embarazo e incluyó un grupo control. Finalmente, se escogieron siete estudios.</p>	<p>En cinco estudios se encontraron cambios significativos en la ansiedad específica del embarazo o en el miedo al parto, como resultado de la intervención. Las intervenciones psicoterapéuticas cortas individuales realizadas por matronas fueron efectivas para mujeres con miedo elevado al parto. Las intervenciones que fueron efectivas fueron la educación del parto en el hospital, el Hatha yoga prenatal y un curso de educación prenatal.</p>

<b>Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Métodos</b>	<b>Resultados y Conclusiones</b>
<p><i>Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option</i>            Ingegerd Hildingsson, Christine Rubertsson, Annika Karlström, Helen Haines            2018. Suecia. Estudio de viabilidad (Hildingsson et al. 2018)</p>	<p>Poner a prueba un modelo modificado de cuidados de las matronas para proporcionar continuidad de estas a las mujeres con miedo al parto y además comprobar si esta continuidad reducía el miedo al parto.</p>	<p>Se ofreció una visita extra en la semana 25 y fueron invitadas a participar en el curso de psicoprofilaxis. En las visitas las matronas se centraron en hablar de sentimientos, las causas del miedo y estrategias para hacerle frente. Se procuró que las mujeres pudieran ser atendidas por la misma matrona que les había hecho las visitas. Los datos se recogieron con cuestionarios a la mitad y final del embarazo y dos meses después del parto.</p>	<p>Ocho de las diez mujeres recibieron toda la atención prenatal e intraparto de una matrona conocida. La mayoría tuvieron un parto vaginal normal con un alivio del dolor no farmacológico. La satisfacción fue alta y la mayoría de las mujeres dijeron que el miedo al parto había disminuido o desaparecido.</p>
<b>Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Métodos</b>	<b>Resultados y Conclusiones</b>
<p><i>Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth</i>            Gunilla Sydsjö, Marie Blomberg, Sofie Palmquist, Louise Angerbjörn, Marie Bladh, Ann Josefsson            2015. Suecia. Estudio piloto de casos y control. (Sydsjö et al. 2015)</p>	<p>Evaluar como el soporte continuo de una matrona asignada durante el trabajo de parto afecta al resultado y a la experiencia subjetiva en mujeres con miedo al parto grave.</p>	<p>Hay un grupo índice de 14 mujeres con miedo al parto grave y un grupo control de 28 mujeres sin miedo al parto. El grupo índice recibió un soporte continuo de una matrona durante el parto, quien era consciente de la importancia que tiene el soporte continuado para mejorar la experiencia del parto en mujeres con miedo al parto grave.</p>	<p>Las mujeres con miedo al parto tenían más a menudo una inducción al parto. Las mujeres del grupo índice tuvieron una duración del parto más corta que las del grupo control. No hubo diferencia en la frecuencia de cesárea entre grupos. Las mujeres con miedo al parto grave experimentaron un nivel de ansiedad alto. Las mujeres con miedo al parto pueden beneficiarse de soporte continuo de una matrona en el parto.</p>

Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>Women with fear of childbirth might benefit from having a known midwife during labour</i>            Ingegerd Hildingsson, Annika Karlström, Christine Rubertsson, Helen Haines            2019. Suecia. Estudio piloto experimental.            (Hildingsson, Karlström, et al., 2019)</p>	<p>Describir la prevalencia y los factores relacionados con el acceso a una matrona conocida para las mujeres que reciben asesoramiento para el miedo al parto.            Explorar si el nivel de miedo varía en las mujeres con el paso del tiempo.</p>	<p>70 mujeres con miedo al parto recibieron asesoramiento y cuando era posible la matrona que las había asesorado las asistía en el momento del parto.</p>	<p>El 34 % de las mujeres tuvieron una matrona conocida durante el parto. Estas tenían más visitas de asesoramiento, consideraban importante la continuidad existencial, estaban más satisfechas con el asesoramiento y el 29 % declararon que el miedo desaparecía.            El temor al parto disminuyó significativamente con el paso del tiempo en todas las mujeres, independientemente que tuvieran o no una matrona conocida.</p>
Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>Counseling for childbirth fear – a national survey</i>            Birgitta Larsson, Annika Karlström, Christine Rubertsson, Ingegerd Hildingsson            2016. Suecia. Estudio transversal.            (Larsson et al., 2016)</p>	<p>Describir el contenido y organización del asesoramiento para el miedo al parto dirigido por la matrona en todas las clínicas obstétricas de Suecia</p>	<p>Se recogieron datos mediante un cuestionario enviado a todas las clínicas obstétricas de Suecia (n = 45); un total de 43 clínicas contestaron. En el análisis se utilizó un ANOVA descriptivo y unidireccional.</p>	<p>Todas las clínicas obstétricas ofrecen asesoramiento dirigido por matronas a mujeres con miedo al parto. Se observan diferencias en el tiempo asignado al asesoramiento, con rango entre 5,7 y 47,6 minutos.            La educación complementaria para las matronas y la disponibilidad de opciones de tratamiento variaban entre las diferentes clínicas y no se relacionaban con la medida de la clínica.</p>

<b>Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Métodos</b>	<b>Resultados y Conclusiones</b>
<p><i>Midwives' counselling of women at specialised fear of childbirth clinics: A qualitative study</i> Ann-Charlotte Wulcana, Christina Nilsson 2019. Suecia. Estudio cualitativo (Wulcan y Nilsson 2019)</p>	<p>Explorar y describir el asesoramiento a mujeres con miedo intenso al parto des del punto de vista de las matronas que lo proporcionan.</p>	<p>Se hicieron entrevistas grupales a 13 matronas y se hizo un análisis de su contenido.</p>	<p>Varias matronas expresaron que les era difícil describir una sesión de asesoramiento típica. El asesoramiento a mujeres con miedo intenso al parto se describe como «esforzarse para crear un lugar seguro para explorar el miedo al parto», que incluye las siguientes categorías: proporcionar una relación de confianza; investigar miedos anteriores y presentes; y una fuerte dedicación a las mujeres.</p>
<b>Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Métodos</b>	<b>Resultados y Conclusiones</b>
<p><i>The effect of individual counselling program by a midwife on fear of childbirth in primiparous women</i> Nafise Andaroon, Masoumeh Kordi, Seyed Ali Kimiaei, Habibollah Esmaeily 2018. Irán. Ensayo clínico (Andaroon et al., 2018)</p>	<p>Determinar el efecto del programa de asesoramiento individual de las matronas para el miedo al parto de mujeres primíparas.</p>	<p>90 mujeres primíparas con edades gestacionales de 28-30 semanas, que se presentaron a los centros asistenciales de Mashhad fueron reclutadas.  Las dividieron aleatoriamente en dos grupos: intervención y control. El grupo de intervención recibió el programa de asesoramiento individual durante tres sesiones y el grupo control atención rutinaria.</p>	<p>Se encontró que el asesoramiento individual a mujeres primíparas hecho por una matrona durante el embarazo reduce el miedo al parto.</p>

Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>The effects of counseling on fear of childbirth</i> Birgitta Larsson, Annika Karlström, Christine Rubertsson, Ingegerd Hildingsson 2015. Suecia. Estudio longitudinal (Larsson et al., 2015)</p>	<p>Investigar las experiencias de las mujeres al asistir a programas de asesoramiento para el miedo relacionado con el parto y el efecto de este asesoramiento a lo largo del tiempo.</p>	<p>936 mujeres fueron reclutadas. De estas, 70, grupo de intervención, recibieron asesoramiento para el miedo al parto. Se recogieron cuestionarios 2 meses y 1 año después de haber parido y se recogieron datos durante el embarazo. Se compararon las mujeres que recibieron asesoramiento con las que no. Se midió el miedo al parto, se investigó la experiencia de parto y tipo de parto que preferían.</p>	<p>Las mujeres del grupo de asesoramiento un año después del parto manifestaron más miedo al parto, habían tenido una mala experiencia y en caso de tener otro embarazo muchas preferían una cesárea. Además, muchas habían dado a luz por cesárea planificada. El 80 % se mostraron satisfechas con el soporte recibido.</p> <p>Para ayudar a las mujeres con miedo al parto, se necesitan métodos de tratamiento más efectivos.</p>
Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT</i> Sari Haapio, Marja Kaunonen, Martti Arffman, Päivi Astedt-Kurki 2017. Finlandia. Ensayo controlado aleatorizado. (Haapio et al., 2017)</p>	<p>Explorar como afecta la intervención de educación en el parto en mujeres primíparas que tienen miedo al parto y su manifestación durante el embarazo.</p>	<p>Se reclutaron 659 mujeres primíparas antes de la semana 14 de gestación durante la primera ecografía.</p> <p>Las mujeres fueron asignadas aleatoriamente 338 al grupo de intervención y 321 al grupo control.</p> <p>El grupo control recibió la educación para el parto regular. El grupo de intervención recibieron una educación para el parto de más de dos horas.</p>	<p>Las mujeres del grupo de intervención tuvieron menos miedo al parto que las que estaban en el grupo control.</p> <p>Además, el miedo al parto afectó menos en la vida diaria de las del grupo de intervención que de las del grupo control.</p>

Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study</i> Birgitta Larsson, Ingegerd Hildingsson, Christine Rubertsson, Annika Karlström 2019. Suecia. Estudio cualitativo de entrevistas. (Larsson et al., 2019)</p>	<p>Explorar las experiencias de las mujeres en el asesoramiento de las matronas por el miedo al parto.</p>	<p>Se hicieron entrevistas por teléfono a 27 mujeres 2 años después del parto las cuales habían recibido asesoramiento durante el embarazo.</p>	<p>El asesoramiento dirigido por la matrona comportó sentimientos positivos y se identificó una mejor confianza en el parto. Las mujeres experimentaban un mayor sentimiento de calma que aumentó la tolerancia ante de la incerteza relacionada con el proceso de paro. El miedo al parto fue descrito como reducido o manejable.</p>
Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>Gaining hope and self-confidence - An interview study of women's experience of treatment by art therapy for severe fear of childbirth</i> Helén Wahlbeck, Linda J. Kvist, Kajsa Landgren 2018.Suecia. Estudio cualitativo inductive. (Wahlbeck, Kvist y Landgren, 2018)</p>	<p>Describir la experiencia de la terapia artística en mujeres con miedo al parto severo.</p>	<p>19 mujeres con miedo severo al parto recibieron soporte de un equipo de matronas especialistas y tratamiento de una terapeuta de arte que también era una matrona. Tres meses después del parto fueron entrevistadas sobre su experiencia con este tratamiento. Después estas entrevistas fueron analizadas.</p>	<p>Después del análisis de las entrevistas el tema principal que surgió fue ganar esperanza y confianza en ellas mismas. Los otros fueron llevar una mochila cargada, crear imágenes para curarse y ganar nuevas visiones y habilidades. Mediante las imágenes y colores, las mujeres accedieron a emociones difíciles y el acto de pintar las ayudó a visualizar estas emociones y actuaron como ayuda en el proceso de curación. La terapia artística fue bien aceptada por las mujeres.</p>

Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison</i>            Larissa G. Duncan, Michael A. Cohn, Maria T. Chao, Joseph G. Cook, Jane Riccobono and Nancy Bardacke            2017. Estados Unidos. Ensayo controlado aleatorizado.            (Duncan et al. 2017)</p>	<p>Comparar el mindfulness llevado a cabo con el «Mind in Labor (MIL): Working with Pain in Childbirth» y la educación estándar para el parto.</p>	<p>Las mujeres primíparas a finales del tercer trimestre de embarazo fueron asignadas al azar para asistir al curso MIL o al curso estándar de preparación para el parto. Las participantes completaron evaluaciones antes de la intervención, después de esta y después del parto. También se recogieron datos médicos.</p>	<p>Se demuestra que el mindfulness mejoró la evaluación del parto y funcionamiento psicológico de las mujeres en comparación con la educación estándar del parto. Las participantes del programa MIL mostraron una mayor autoeficacia del parto y conciencia corporal. Se mantuvieron menos síntomas de depresión durante el seguimiento postparto. Hubo una tendencia más baja a la utilización de analgesia con opioides en el trabajo de parto. Aunque no refirieron después del parto haber tenido menos dolor ni utilizaron menos la epidural que el grupo control. En conclusión, la atención para abordar el miedo y el dolor del parto puede traer beneficios para la salud mental materna, como una mejora en la evaluación del parto y prevención de los síntomas de depresión postparto.</p>

Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>Exploring the Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Childbirth Fear Among Single-Child Mothers in the City of Kerman, Iran (2017): A Clinical Trial Study</i>  Malihe Pour-Edalati, Nousirvan Khezri Moghadam, Armita Shahesmaeili, Parvin Salehi-Nejad  2019. Irán. Ensayo clínico.  (Pour-Edalati et al., 2019)</p>	<p>Investigar el impacto del mindfulness basado en la reducción del estrés (MBSR) en el miedo al parto en mujeres con un sol hijo y parto vaginal anterior.</p>	<p>La muestra fue de 41 mujeres, 20 recibieron la formación del grupo MBSR en ocho sesiones (cada una de 90 minutos) y las otras fueron el grupo control.  El miedo al parto se evaluó antes y después de la intervención mediante un cuestionario.  Los datos después fueron analizados.</p>	<p>Antes de la intervención el miedo al parto era más alta en el grupo de la intervención que en el control. Después de la intervención el miedo se redujo en el grupo de la intervención, entonces se igualó al del grupo control.  Comparando la reducción del miedo en cada grupo se vio que este era mucho mayor en el grupo de la intervención.  Además, se observaron los mayores efectos de las intervenciones en el miedo a las inyecciones dolorosas, la soledad y la preocupación por el entorno hospitalario.  La formación en grupo de MBSR es útil para reducir el miedo al parto y, por eso, se puede implementar como procedimiento para fomentar el parto en mujeres que no quieren quedarse embarazados por ese miedo.</p>

Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>Does antenatal education reduce fear of childbirth?</i>  Karabulut Ö, Coşkuner Potur D, Doğan Merih Y, Cebeci Mutlu S, Demirci N  2016. Turquía. Estudio cuasiexperimental y prospectivo.  (Karabulut et al., 2016)</p>	<p>Determinar el efecto de la educación prenatal en el miedo al parto, la aceptación del embarazo y la identificación del rol materno.</p>	<p>192 dones embarazadas. El grupo educativo (GE) estaba formado por 69 mujeres embarazadas que se inscribieron voluntariamente en el programa. El grupo control (GC) consistía en 123 mujeres embarazadas que no escogieron recibir educación prenatal, pero que se ofrecieron voluntarias para participar en el estudio. En el GE las sesiones se realizaron una vez al día, durante 180 minutos. Las mujeres embarazadas y sus parejas, o algún familiar, asistieron a las 5 sesiones predeterminadas. El número mediano de participantes de cada grupo fue de 6 a 10 parejas. La primera sesión trataba sobre la salud en el embarazo, la segunda sobre el parto y ejercicios de respiración, la tercera sobre la lactancia materna, la cuarta sobre los cuidados al recién nacido y la última sobre el postparto y la planificación familiar. El GC recibió solo atención e información de rutina sobre el embarazo.</p>	<p>Después de participar en las sesiones educativas se encontraron diferencias entre el grupo control y el grupo educativo. En este último grupo al finalizar las sesiones había aumentado la aceptación del embarazo, no había habido afectación en la identificación del papel de la maternidad y había habido una reducción del miedo al parto. La educación prenatal aumenta la aceptación del embarazo, no afecta a la identificación del rol materno y reduce el miedo al parto.</p>

Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth</i></p> <p>Aynur Kızılırmak, Mürüvvet Başer 2016. Turquía. Estudio experimental con pre-post test y un grupo control. (Kızılırmak y Başer, 2016)</p>	<p>Determinar el efecto de la educación para mujeres primíparas con miedo al parto.</p>	<p>99 mujeres primíparas fueron reclutadas, 50 en el grupo de estudio y 49 en el grupo control. La educación preparatoria se proporcionó en dos sesiones entre las semanas 28 y 34 de embarazo a las mujeres del grupo de intervención. Los principales temas de la formación educativa fueron las características y prácticas rutinarias en la sala de parto e información sobre el parto.</p>	<p>No se encontró diferencia significativa entre las puntuaciones de los grupos de intervención y control. La puntuación mediana «The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A» (W-DEQ-A) fue de 61,1 y de 42,0 en el grupo de intervención. La puntuación W-DEQ-A posteducativa fue de 58,5 en el grupo control y 42,0 en el de intervención. La educación proporcionó percepción positiva.</p>
Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process</i></p> <p>Tuba Uçar, Zehra Golbasi 2019. Turquía. Estudio experimental pretest-posttest con un grupo control. (Uçar y Golbasi, 2019)</p>	<p>Determinar el efecto de un programa educativo basado en técnicas de comportamiento cognitivo proporcionadas a las mujeres embarazadas para hacer frente al miedo al parto.</p>	<p>Un total de 111 mujeres embarazadas (52 en el grupo de intervención y 59 en el control) El grupo intervención asistió al programa educativo basado en técnicas de cognitivas durante 3 semanas (6 sesiones). Cumplimentaron el cuestionario expectativas/ experiencia de entrega de Wijma, versión-A (W-DEQ-A). Se hizo seguimiento del parto de las mujeres y se completó el formulario de evaluación del estado de ansiedad (SAI), la escala de valoración numérica del dolor (NPRS) y el formulario de evaluación del proceso de parto.</p>	<p>En el grupo de intervención el dolor de parto era menor, la segunda etapa del parto era más corta y el parto era más satisfactorio que para el grupo control. El programa educativo basado en técnicas de comportamiento cognitivo sobre los temores del parto redujo el miedo de las mujeres embarazadas al parto y afectó positivamente a su experiencia de parto.</p>

Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>Effect of role play education on primiparous women's fear of natural delivery and their decision on the mode of delivery</i></p> <p>Maryam Navaee, Zahra Abedian 2015. Irán. Ensayo clínico a ciegas. (Navaee y Abedian, 2015)</p>	<p>Describir el efecto de la educación con <i>roleplay</i> en mujeres primíparas que tienen miedo al parto y su decisión de tipo de parto.</p>	<p>67 dones primíparas entre las 34–36 semanas de gestación fueron aleatorizados en dos grupos (35 en el grupo de <i>role play</i> y 32 en el grupo de conferencia). Se investigó su miedo al parto.</p> <p>En uno de los grupos se hizo educación con <i>role play</i> en tres escenarios durante siete etapas. En el otro se hizo una sesión de 90 minutos con PowerPoint.</p>	<p>Después de la intervención hubo una diferencia significativa en cuanto al miedo al parto en los dos grupos, hubo una reducción de este en el grupo de <i>role play</i>. Además, también hubo una disminución de las elecciones de cesárea y la decisión de tipo de parto en el momento de entrar en la sala de partos.</p> <p>Un 75 % del grupo de conferencia y un 100 % del grupo de <i>role play</i> escogieron parto natural.</p>
Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi</i></p> <p>Berlington M. J. Munkhondya, Tiwonge Ethel Munkhondya, Ellen Chirwa, and Honghong Wang 2020. Malawi. Estudio cuasiexperimental. (Munkhondya et al., 2020)</p>	<p>Evaluar la eficacia de la preparación para el parto <i>companion-integrated</i> durante el final del embarazo para reducir el miedo al parto, mejorar la autoeficacia, el soporte en las mujeres primíparas.</p>	<p>Se reclutaron 70 mujeres, 35 en el grupo de intervención y 35 en el grupo control.</p> <p>En el grupo de intervención las mujeres primíparas y su acompañante de parto recibieron dos sesiones de preparación para el parto <i>companion-integrated</i>. El grupo control tubo unos cuidados rutinarios.</p> <p>Se utilizaron varios cuestionarios para recoger datos y estos fueron analizados.</p>	<p>Antes de la intervención los resultados eran similares en los dos grupos.</p> <p>Después, en el grupo de intervención hubo una reducción significativa del miedo al parto y una mejora de la autoeficacia. Además, en el grupo de intervención aumentó el soporte de los acompañantes de parto.</p> <p>No se encontraron diferencias en los resultados del embarazo.</p>

Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions</i></p> <p>Sabine Striebich, Elke Mattern, Gertrud M. Ayerle</p> <p>2018. Alemania. Revisión sistemática. (Striebich, Mattern y Ayerle, 2018)</p>	<p>Identificar y revisar sistemáticamente los estudios que examinan las intervenciones para aliviar el miedo severo al parto en el embarazo y en lo que se fundamentan.</p>	<p>Se realizó una búsqueda sistemática de literatura. Los criterios de inclusión fueron: estudios con mujeres embarazadas diagnosticadas de miedo al parto alto o grave o que solicitaban una cesárea, estudios (independientemente del diseño) que observaran el efecto de una intervención dirigida al miedo al parto y estudios publicados en inglés. Se excluyeron las publicaciones sobre la ansiedad o el estrés. Se seleccionaron 377 referencias.</p>	<p>Se incluyeron 19 artículos en el análisis. Los estudios muestran heterogeneidad en cuanto a métodos de evaluación, tipos, conceptualización y aplicación de intervenciones. Tanto las sesiones de terapia cognitiva como la psicoeducación en grupos con relajación son intervenciones eficaces. Las sesiones de psicoeducación o las conversaciones terapéuticas tienen el potencial de reforzar la autoeficacia de las mujeres y disminuir el número de cesáreas.</p>
Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio	Objetivo	Métodos	Resultados y Conclusiones
<p><i>Antenatal and intrapartum interventions for reducing caesarean section, promoting vaginal birth, and reducing fear of childbirth: An overview of systematic reviews</i></p> <p>Valerie SmithID, Louise Gallagher, Margaret Carroll, Kathleen Hannon, Cecily Begley</p> <p>2019. Irlanda. Revisión sistemática de revisiones sistemáticas. (Smith et al., 2019)</p>	<p>Identificar las intervenciones prenatales e intraparto que han demostrado ser eficaces para reducir la cesárea, promover el parto vaginal y reducir el miedo al parto.</p>	<p>Se buscaron artículos en varias bases de datos como Cochrane, PubMed, CINAHL, EMBASE, etc. Se excluyeron las revisiones valoradas como «críticamente bajas» en AMSTAR-2. Se incluyeron 101 revisiones sistemáticas y 10 informes de recomendaciones basadas en la evidencia.</p>	<p>Los resultados destacan que en 17 revisiones se redujo el riesgo de cesárea. En 9 intervenciones se aumentó el riesgo de cesárea. En 8 intervenciones se redujo el parto vaginal instrumental, en 4 aumentó el parto vaginal espontáneo y en 2 se redujo el miedo al parto.</p>

<b>Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Métodos</b>	<b>Resultados y Conclusiones</b>
<p><i>Interventions for reducing fear of childbirth: a systematic review and meta-analysis of clinical trials</i>  Vahideh Moghaddam Hosseinia, Milad Nazarzadehb, Shayesteh Jahanfar  2018. Australia. Revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos (Moghaddam Hosseini, Nazarzadeh y Jahanfar, 2018)</p>	<p>Identificar las intervenciones efectivas para reducir el miedo al parto.</p>	<p>Se buscaron artículos en varias bases de datos. Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados y ensayos controlados cuasi aleatorizados que comparaban intervenciones para el tratamiento del miedo al parto.</p>	<p>Se incluyeron diez estudios de 3984 participantes. Dos estudios investigaron la intervención basada en la hipnosis y ocho en la educación.  Los dos tipos de intervenciones fueron efectivas para reducir el miedo al parto; aún y así, comparando los resultados se vio que las intervenciones educativas reducían el miedo con el doble de efecto que la hipnosis.</p>
<b>Título, Autor, Año, País, Tipo de estudio</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Métodos</b>	<b>Resultados y Conclusiones</b>
<p><i>Interventions for fear of childbirth (tocophobia)</i>  O'Connell MA, O'Neill SM, Dempsey E, Khashan AS, Leahy-Warren P, Smyth RMD, Kenny LC  2019. Reino Unido. Revisión sistemática.  (O'connell et al., 2019)</p>	<p>Descubrir la efectividad de intervenciones no farmacológicas para reducir el miedo al parto comparadas con los cuidados estándares para las mujeres con miedo al parto.</p>	<p>Se recogerá todos los ensayos controlados aleatorizados publicados sobre las intervenciones farmacológicas en que el objetivo primario o secundario sea tratar el miedo al parto.</p>	<p>Debido a que se trata de un protocolo de investigación de investigación para una revisión bibliográfica, el análisis no se ha realizado aún, con lo cual, no se exponen resultados ni conclusiones de la investigación.</p>

## DISCUSIÓN

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo principal conocer las intervenciones enfermeras que reducen el miedo al parto, describiendo y determinando su efectividad. Además, también quiere identificar cuál es el mejor modelo asistencial para reducirlo. En todos los estudios se considera muy importante la reducción de este miedo para el proceso de parto. La discusión se ha dividido en diferentes apartados de acuerdo con los objetivos planteados.

### **Continuidad asistencial con la misma matrona**

Según cuatro estudios hechos en Suecia se encontró que el modelo asistencial basado en una continuidad asistencial generaba confianza en la matrona y reducía el miedo al parto de las mujeres estudiadas (Sydsjö et al., 2015; Hildingsson et al., 2018; Hildingsson, Karlström, et al., 2019; Hildingsson, Rubertsson, et al., 2019)

En un estudio experimental, hecho por Hildingsson et al., las mujeres que tenían una matrona conocida durante el parto tenían cinco veces más probabilidades de tener una experiencia de parto positiva. También había una mejor percepción del dolor. Además, sintieron un mayor control, estaban más informadas e involucradas en la toma de decisiones. No se encontraron diferencias en el tiempo, tipo de parto o en el uso de aliviadores del dolor, como la epidural, o en la frecuencia de cesáreas de emergencia y partos instrumentados (Hildingsson, Rubertsson, et al., 2019). Igualmente, en un estudio hecho por Sydsjö et al., tampoco se encontraron diferencias en estos ámbitos, en mujeres primíparas. Sin embargo, en mujeres multíparas que habían tenido continuidad asistencial sí que se vio que la duración del parto había sido más corta. También hubo una prevalencia más alta del uso de epidural en el grupo de intervención, que es normal, ya que el miedo al dolor es más frecuente en las mujeres con miedo al parto y este tiene que ser aliviado para que el parto vaginal vaya bien. En este estudio se afirmó que para las mujeres con miedo al parto es beneficioso tener el soporte de una matrona conocida durante el parto (Sydsjö et al., 2015).

Según Hildingsson et al., se puede afirmar que las mujeres que son cuidadas por varias matronas están menos satisfechas con los cuidados independientemente de si tienen o no miedo al parto (Hildingsson, Rubertsson, et al., 2019). En un estudio de viabilidad hecho por los mismos autores que el experimental, Hildingsson et al., muchas mujeres se

mostraron satisfechas con la continuidad asistencial y lo preferían en caso de un próximo embarazo. En este estudio hubo diferencias entre los niveles de la escala FOBS (Fear of Birth Scale) y la autoevaluación que hacía la mujer sobre el efecto del asesoramiento. La mayoría de las mujeres dijeron que habían sentido una mejora en sus niveles de miedo y dos expresaron que el miedo había desaparecido. Pero, lo que se vio es que en tres casos los niveles de FOBS habían aumentado. También una mujer dijo que el asesoramiento no había afectado en su miedo, aunque se encontró que los niveles de FOBS habían disminuido durante su embarazo (Hildingsson et al., 2018). En el estudio de Sydsjö et al., las mujeres con miedo al parto dijeron que recomendarían a una amiga tener una matrona conocida durante el parto (Sydsjö et al., 2015). En un estudio piloto experimental, hecho también por Hildingsson et al., las mujeres que tuvieron una matrona conocida durante el parto dijeron que esta continuidad había sido «muy importante» o «importante» durante el embarazo. También se mostraban más satisfechas con el asesoramiento recibido (Hildingsson, Karlström, et al., 2019). En dos de los estudios hechos por Hildingsson et al., se dice que la continuidad construirá una relación con la matrona que dará confianza y esta podrá escuchar y actuar según los deseos de la mujer y le podrá ofrecer un trato individualizado (Hildingsson, Karlström, et al., 2019; Hildingsson, Rubertsson, et al., 2019).

## **Tipos de intervenciones**

### ***Asesoramiento (counselling)***

Hay cinco estudios en los que se hace énfasis en el asesoramiento (*counselling*) que se utiliza con el objetivo de reducir el miedo al parto. Cuatro de ellos se hicieron en Suecia y uno en Irán (Larsson et al., 2019; Wulcan y Nilsson, 2019; Andaroon et al., 2018; Larsson et al., 2015; 2016). Entre los estudios hay similitudes y discrepancias en lo que considera cada uno que es el asesoramiento (*counselling*).

El tiempo que se invierte en este es diferente. En un estudio transversal hecho por Larsson et al. se encontró que el tiempo destinado al asesoramiento variaba entre 5,7 y 47,6 minutos por mujer entre las clínicas analizadas (Larsson et al., 2016). En cambio, en un ensayo clínico hecho por Andaroon et al., en Irán, las sesiones fueron tres de 45-60 minutos cada dos semanas (Andaroon et al. 2018).

Las 43 clínicas analizadas en el estudio transversal hecho por Larsson et al. tenían matronas con experiencia en cuidados obstétricos para hacer el asesoramiento para tratar

el miedo al parto. En 26 clínicas se incluían otros profesionales a parte de las matronas como los trabajadores sociales y los psicólogos (Larsson et al., 2016). Por otro lado, en un estudio longitudinal hecho por las mismas autoras que el estudio transversal, Larsson et al., también se incluían los obstetras (Larsson et al. 2015). En los cinco estudios en el contenido del asesoramiento se incluía dar información sobre el proceso de parto y mantener un diálogo fortalecedor con la mujer que contribuiría a aumentar la confianza de esta en ella misma y haría que se sintiera cómoda para explicar sus miedos (Wulcan y Nilsson, 2019; Andaroon et al., 2018; Larsson et al., 2019; 2016; 2015) .En un estudio cualitativo de entrevistas hecho por Larsson et al. también se visitaba la sala de partos y en el estudio transversal también se hacía en el 98 % de las clínicas (Larsson et al. 2019; 2016).

En el estudio transversal hecho por Larsson et al. se ofrecía un alivio precoz del dolor, se informaba sobre los pros y contras del parto vaginal y la cesárea, se proponía un plan de parto, se revisaba el historial de parto y se hablaba sobre un parto pasado. En el 67 % de las clínicas se enseñaban a las mujeres técnicas de relajación y respiración (Larsson et al., 2016). En el estudio cualitativo citado también se hablaba sobre un parto pasado con las mujeres que hubieran tenido una mala experiencia en un parto previo. (Larsson et al., 2019). En el ensayo clínico hecho por Andaroon et al., se les preguntaba sobre el tipo de parto que querían, se las ayudaba en su decisión y esta era apoyada. (Andaroon et al. 2018). Por otro lado, en un estudio cualitativo hecho por Wulcana y Nilsson incluso varias matronas dijeron que era difícil describir una sesión de asesoramiento típica, explicaron que el tema principal en el que se centraban las sesiones era: «Esforzarse por crear un lugar seguro para explorar el miedo al parto». (Wulcan y Nilsson, 2019)

En cuanto a la efectividad de esta intervención Andaroon et al., demostraron que el asesoramiento individual hecho por una matrona es efectivo en la reducción del miedo al parto, ya que el miedo en mujeres primíparas del grupo de intervención en la semana 34-36 de gestación era significativamente más baja en el grupo de intervención, en concreto de unos 25 puntos menos. Además, la satisfacción del asesoramiento individual fue muy alta en un 40 %, alta en un 50 % y parcial en un 10 %. (Andaroon et al. 2018)

En el estudio cualitativo hecho por Larsson et al., las mujeres informaron que el asesoramiento dirigido por las matronas mejoraba su confianza en el parto, se sentían empoderadas y tenían una mayor sensación de calma y preparación, que afectó positivamente en la experiencia del parto. Se vio reforzada la confianza en sí mismas para

un futuro parto y se describió el miedo al parto como reducido o manejable. Las mujeres describieron que lo que influía en su experiencia de parto era su sensación de control durante este que era resultado del asesoramiento. La mayoría de las mujeres dijeron que el asesoramiento y la experiencia de parto positivo contribuía a que hubiera una disminución del miedo. (Larsson et al., 2019). En cambio, Larsson et al., en su estudio hecho con un diseño observacional longitudinal, encontraron que, aunque las mujeres se mostraron satisfechas con el asesoramiento recibido, esta siguió persistiendo un año después del parto. Su experiencia de parto fue expresada como más negativa y fue más frecuente que las mujeres del grupo de asesoramiento prefiriesen tener una cesárea electiva en caso de otro parto. Además, era más probable que no quisieran tener más hijos. Esto nos muestra que el asesoramiento no funcionó tal y como estaba previsto. Los autores dicen que el estudio se vio comprometido porque no se envió el último cuestionario a las mujeres que no habían contestado a los otros tres, esto puede haber afectado a los resultados, ya que pocas mujeres que recibieron asesoramiento lo contestaron. (Larsson et al., 2015)

### ***Mindfulness***

Hay dos estudios que hablan sobre el *mindfulness* para reducir el miedo al parto (Duncan et al., 2017; Pour-Edalati et al., 2019). Entre ellos se observan diferencias en cómo se lleva a cabo la intervención.

En un ensayo controlado aleatorizado hecho por Duncan et al. se desarrolló un programa educacional llamado «Mind in Labor (MIL): Working with Pain in Childbirth», que enseña *mindfulness* para afrontar el dolor y el miedo al parto. Este programa incluía los objetivos de guiar a las participantes para entender el dolor del parto como sensaciones físicas desagradables que van y vienen, enseñar cómo desconectar el componente sensorial del dolor de sus componentes cognitivos y afectivos, el objetivo de disminuir el miedo y el sufrimiento relacionados con el dolor físico del parto, aprender a ser más conscientes de su propio cuerpo y de sus reacciones al dolor mediante la práctica consciente de hacer frente al dolor mediante una actividad de inducción del dolor con gel y desarrollar en las mujeres embarazadas y sus parejas estrategias personalizadas para proporcionarse soporte entre sí durante todo el proceso de parto (Duncan et al., 2017).

En un ensayo clínico hecho por Pour-Edalati et al., se aplicó el entrenamiento «Mindfulness-Based Stress Reduction» (reducción del estrés basada en el *mindfulness*). En las sesiones se enseñaba a hacer frente a obstáculos, la respiración basada en el

*mindfulness*, estar en el momento presente. Se dieron algunas explicaciones sobre el estrés y su relación con el dolor, también se recalcó que los pensamientos no son hechos (Pour-Edalati et al., 2019)

Respecto a la efectividad de la intervención, los dos estudios están de acuerdo en su efectividad. Pour-Edalati et al. demostraron que es propicio para superar el miedo al parto. En consecuencia, también puede amplificar la tasa de lactancia y disminuir las cesáreas. Igualmente, Duncan et al. encontraron que la eficacia en el parto se incrementó en unos 4,7 puntos en el grupo que había seguido el tratamiento habitual y 78,2 puntos en el grupo de *mindfulness*.

### ***Educación prenatal***

Hay cuatro estudios en los que se habla sobre la educación prenatal. En todos ellos en el programa educativo se da información sobre el embarazo, los signos que indican el inicio del parto y cómo sería la sala de partos (Uçar y Golbasi, 2019; Haapio et al., 2017; Kizilirmak y Başer, 2016; Karabulut et al., 2016).

Además, en el programa educativo de un estudio hecho por Karabulut et al. se hacía una pequeña introducción sobre la anatomía y fisiología de hombres y mujeres y sobre los cambios fisiológicos, psicológicos, de alimentación, de ejercicio y de sexualidad durante el embarazo. También se explicaban signos de complicaciones durante el embarazo. Se hacía un plan de parto y se preparaba a la mujer para el parto enseñándole técnicas de respiración. Se explicaron las intervenciones que se le harían al recién nacido al nacer. Finalmente, se hizo un plan de familia y del periodo posparto en el que se promovía una buena autoestima en la mujer, que adquiriera el rol materno, y en el que se hablaba sobre las ventajas y desventajas de la lactancia materna y artificial (Karabulut et al., 2016).

En el programa de un estudio experimental hecho por Uçar y Golbasi también se enseñaron técnicas de respiración para hacer frente a las contracciones uterinas, al miedo al parto y para crear una percepción positiva de este (2019). En otro estudio experimental hecho por Kizilirmak y Baser también se explicó lo que es una episiotomía y también se compartieron experiencias de una mujer que dió a luz con éxito y positividad (2016). En un estudio elaborado por Haapio et al., el cual se incluye en la revisión sistemática hecha por Stoll et al., también se mostraron las diferentes formas de aliviar el dolor en el parto

y la posición e instrumentos utilizados para el parto (Haapio et al., 2017; Stoll et al., 2018).

En cuanto a la efectividad de esta intervención, Karabulut et al. encontraron que la educación prenatal era efectiva en reducir el miedo al parto porque se vio que este había disminuido en el grupo que la había recibido (Karabulut et al., 2016).

En el estudio de Haapio et al. se encontró que los del grupo de intervención tenían menos miedo moderado y severo al parto que los del grupo control (80 % vs. 85 %). El miedo severo fue especialmente menor en el grupo de intervención que en el control. Concluye diciendo que la educación basada en la interacción tendría que ser la primera opción para ayudar a las mujeres a afrontar un parto (Haapio et al., 2017)

En los dos estudios experimentales hechos uno por Kizilirmak y Baser (2016), y el otro por Uçar y Golbasi (2019), se encontró que la educación reducía el miedo al parto. En los dos se utilizó el cuestionario W-DEQ-A, que determinaba el miedo al parto. En el primero la puntuación había disminuido 15 puntos en el grupo de intervención después de la educación. Por tanto, la educación reducía el miedo al parto y, además, también proporcionaba percepciones positivas del parto (Kizilirmak y Başer, 2016). En el segundo estudio la puntuación se redujo 24,5 puntos en el grupo de intervención después del programa educativo. Se concluyó que el programa educativo estaba asociado con menor dolor en el trabajo de parto, con una disminución de la duración de la segunda parte del parto y con ayuda para afrontar y reducir el miedo al parto (Uçar y Golbasi, 2019).

Por último, en una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos se llegó a la conclusión de que la educación prenatal reducía el miedo al parto de forma significativa (Moghaddam Hosseini, Nazarzadeh y Jahanfar, 2018)

### ***Role play***

Solo hay un estudio que hable sobre la intervención mediante el uso de *role play*. Se trata de un estudio elaborado por Navaee y Abedian en Irán (2015).

La intervención consistía en un grupo de *role play* en el que se hizo una sesión que hablaba sobre las ventajas y desventajas de un parto natural y de una cesárea. Después se interpretaron tres escenarios. En el primer escenario, una de las participantes hizo el papel de una mujer que acudía a la consulta de la matrona para escoger el tipo de parto. La matrona le explicó los dos tipos de parto. Seguidamente, la mujer le expresó sus preocupaciones. Después de haber escogido el tipo de parto, las participantes discutieron

la decisión de la embarazada. El segundo escenario era de una mujer que había tenido un parto natural y explicaba los beneficios y las complicaciones que le habían surgido. En el tercer escenario uno de los investigadores defendía la cesárea y el otro el parto vaginal. Al finalizar los tres escenarios, se pidió a las mujeres que hablaran de las experiencias de sus amigos/familiares en los dos tipos de partos. Los resultados de este mostraron que el *role play* era efectivo en la reducción del miedo al parto y en el aumento de partos naturales (Navaee y Abedian, 2015).

### ***Terapia con arte***

Solamente en uno de los estudios, elaborado por Wahlbeck Kvist y Landgren, se habla sobre la terapia con arte (2018). Cada sesión comenzaba con diez minutos de relajación. En cada sesión había un tema para dibujar como «pintar un árbol», «pintar un niño» o «pintar tu cuerpo». Otros temas como «ansiedad» y «control» sirvieron para dar a las mujeres la oportunidad de expresar sus sentimientos. En sesiones posteriores se tocaron temas como «hacia dónde voy?», «qué me está obstaculizando?» y «cómo puedo conseguir esto?», que sirvieron para crear una imagen mental de los objetivos que querían alcanzar. Durante las sesiones, se hicieron reflexiones de las imágenes con las participantes. En la sesión final se ilustró todo el proceso colgando todas las imágenes en el orden en el que fueron hechos para dar a la mujer la oportunidad final de reflexionar sobre su proceso terapéutico.

Las participantes de este dijeron que la pintura las había ayudado a descubrir sentimientos no percibidos antes. Después de la terapia, el miedo disminuyó y se sintieron más fuertes, tranquilas y seguras de sí mismas. Las mujeres describieron que el miedo se había depositado en las imágenes (Wahlbeck, Kvist y Landgren 2018).

### ***Psicoeducación***

En un estudio elaborado por Fenwick et al., se evaluaron los conocimientos, habilidades y confianza de las matronas para proporcionar asesoramiento psicoeducativo (2018).

Los resultados de este estudio demostraron que las matronas se beneficiaron del entrenamiento, que mejoró su confianza para ofrecer asesoramiento en psicoeducación a mujeres con niveles altos de miedo al parto. También expresaron que escuchaban mucho mejor y utilizaban los silencios de forma más adecuada. Casi la mitad de las participantes en el estudio afirmaban que no habían recibido nunca educación en esta área.

Un 76 % de las matronas dijeron que les faltaría tiempo para poder integrar el asesoramiento psicoeducativo en su práctica. Un 65 % dijeron que una barrera también era la falta de continuidad asistencial con la misma matrona. En el entrenamiento se enseñaba que se tiene que mostrar amabilidad y hacer preguntas abiertas sobre la vida de la mujer y sus sentimientos delante del parto. Es importante escuchar y aceptar la perspectiva y opinión de la mujer. Se tiene que trabajar la perspectiva que tenga del parto y de los servicios de maternidad. Apoyar la expresión de sentimientos. Se han de conectar las emociones y creencias que tiene sobre el parto con alguna otra experiencia de parto que tenga la mujer e intentar que entienda de dónde le viene este miedo. No se tienen que defender o justificar cuidados que haya recibido anteriormente. Si es posible, cabe revisar el parto anterior y preguntarle si alguna cosa se tendría que haber hecho diferente, promover expectativas positivas, explicarle que el parto es un proceso natural pero significativo. Se afirmó que la psicoeducación hecha por matronas es beneficiosa para las mujeres que tienen miedo al parto (Fenwick et al., 2018).

En una revisión sistemática hecha por Striebich et al., también se encontró que las sesiones de psicoeducación eran efectivas en la reducción del miedo al parto (2018).

### ***Preparación para el parto con acompañante (companion-integrated childbirth preparation)***

En una revisión sistemática Cochrane, en uno de los estudios incluidos, se afirma que sería bueno introducir a las parejas en la intervención, ya que la prevalencia de miedo al parto de estas es similar a la de las mujeres, de un 13 % (O'connell et al., 2019). Hay un estudio de Munkhondya et al. en el que se habla sobre la *companion-integrated childbirth preparation* (C-ICP), que es una intervención que educa y da soporte a mujeres primíparas y de sus acompañantes hacia el final del embarazo. Cada sesión de C-ICP duró de 1h a 20 minutos aproximadamente. En estas se daba información sobre lo que se necesita para que haya un buen parto y los signos de peligro. También se explicaron los signos que indican el comienzo del trabajo de parto, cómo reducir de forma efectiva el dolor con técnicas de respiración y relajación, con masaje en la espalda y orinando a menudo cada 2h. Además se enseñó a empujar de forma efectiva durante el trabajo de parto. Más adelante, se describió lo que tiene que hacer la mujer cuando comienza el trabajo de parto y también lo que se espera que haga su acompañante, que es no dar medicación, darle soporte, tranquilizarla en la medida de lo posible y asegurarse de que recibe atención a tiempo. En el grupo de intervención, hubo una reducción del miedo al

parto, un aumento de la autoeficacia en el parto y también del soporte recibido por el acompañante en comparación con el grupo control (Munkhondya et al., 2020).

Limitaciones del trabajo: Han faltado estudios hechos en España sobre las intervenciones que hacen las matronas para reducir el miedo al parto. Una gran parte de los estudios pertenecen a países nórdicos. Por este motivo, no tenemos evidencia de que los resultados se puedan aplicar en nuestro contexto geográfico.

## CONCLUSIONES

Podemos afirmar que hay una gran variedad de intervenciones para el manejo del miedo al parto en mujeres embarazadas. Las intervenciones más usadas han estado: el asesoramiento (*counselling*), el *mindfulness*, la educación prenatal, el *role play*, la terapia con arte, la psicoeducación y la preparación para el parto con acompañante (*companion-integrated childbirth preparation*). Respecto al mejor modelo asistencial para la reducción del miedo al parto los estudios concluyen que es la continuidad asistencial.

En todas las intervenciones estudiadas el papel de la enfermera especialista en atención obstétrica y ginecológica (matrona) es fundamental. Por este motivo, hay que poner énfasis en la formación en estas técnicas durante los estudios de matrona, así como en la capacitación de las enfermeras y matronas para detectar aquellas mujeres que presentan miedo al parto.

En cuanto al asesoramiento (*counselling*) se ha visto que es efectivo para reducir el miedo al parto. Se ha encontrado que no hay un consenso con las actividades que se llevaban a cabo en esta intervención. Sería muy útil una guía desarrollada para que todas las matronas siguieran los mismos pasos. El mejor modelo asistencial para reducir el miedo al parto es la continuidad asistencial de las matronas. Por eso, se tendría que trabajar para ofrecer este modelo a todas las mujeres embarazadas y también concienciar a las matronas de su importancia.

Por último, sería interesante investigar más sobre la eficacia de las intervenciones a largo plazo, ya que en los estudios analizados esta información no constaba, así como profundizar en los diferentes modelos de relación asistencial. Del mismo modo, también sería importante realizar más estudios en nuestro entorno geográfico y cultural en relación con la detección y abordaje del miedo al parto.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANDAROON, Nafise. The effect of individual counseling program by a midwife on fear of childbirth in primiparous women. En: *Journal of education and health promotion*. 2018, vol. 6, pp. 1-6.
- BADAOU, A.; KASSM, S.A.; NAJA, W. Fear and Anxiety Disorders Related to Childbirth: Epidemiological and Therapeutic Issues. En: *Current Psychiatry Reports*. 2019, vol. 21, núm. 4.
- COS, D. Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. En: *International Nursing Review*. 2017, vol. 64, núm. 4, pp. 576-583.
- DEMŠAR, K., et al. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. En: *Journal of Perinatal Medicine*. 2018, vol. 46, núm. 2, pp. 151-154.
- DUNCAN, L. G., et al. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: A randomized controlled trial with active comparison. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017, vol. 17, núm. 1, pp. 1-12.
- EAD, S. I. N., et al. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. En: *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2017, vol. 96, pp. 907-920.
- FENWICK, J., et al. Improving psychoeducation for women fearful of childbirth: Evaluation of a research translation project. En: *Women and Birth*. 2018, vol. 31, núm. 1, pp. 1-9.
- HAAPIO, S., et al. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. En: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2017, vol. 31, núm. 2, pp. 293-301.
- HILDINGSSON, I., et al. Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. En: *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2018, vol. 16, pp. 50-55.
- HILDINGSSON, I., KARLSTRÖM, A. et al. Women with fear of childbirth might benefit from having a known midwife during labour. En: *Women and Birth*. 2019, vol. 32, núm. 1, pp. 58-63.
- HILDINGSSON, I.; RUBERTSSON, C., et al. A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2019, vol. 21, pp. 33-38.
- KARABULUT, O., et al. Does antenatal education reduce fear of childbirth? En: *International Nursing Review*. 2016, vol. 63, núm. 1, pp. 60-67.
- KIZILIRMAK, A.; BAŞER, M. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. En: *Applied Nursing Research*. 2016, vol. 29, pp. 19-24.
- LARSSON, B., et al. Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. En: *Women and Birth*. 2019, vol. 32, núm. 1, pp. 88-94.

- LARSSON, B., et al. The effects of counseling on fear of childbirth. En: *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2015, vol. 94, núm. 6, pp. 629-636.
- LARSSON, B., et al. Counseling for childbirth fear—a national survey. En: *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2016, vol. 8, pp. 82-87.
- LOWE, N. K. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. En: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2000, vol. 21, núm. 4, pp. 219-224.
- MOGHADDAM HOSSEINI, V.; NAZARZADEH, M.; JAHANFAR, S. Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. En: *Women and Birth*. 2018, vol. 31, núm. 4, pp. 254-262.
- MUNKHONDYA, B. M. J., et al. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020, vol. 20, núm. 1, pp. 1-12.
- NAVAEE, M.; ABEDIAN, Z. Effect of role play education on primiparous women's fear of natural delivery and their decision on the mode of delivery. En: *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2015, vol. 20, núm. 1, pp. 40-6.
- NILSSON, C., et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. En: *BMC pregnancy and education*. 2018, vol. 18, núm. 1, pp. 1-16.
- O'CONNELL, M. A., et al. Interventions for fear of childbirth (Tocophobia). En: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019, vol. 5.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Curso de medicina naturista*. Ginebra: OMS, 2003. Disponible en: [www.unizar.es/med\\_naturista/Tratamientos/Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento.pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones_de_la_OMS_sobre_el_Nacimiento.pdf).
- ORTEGA-CEJAS, C. M., et al. Miedo al parto: revisión bibliográfica de los instrumentos de medida. En: *Matronas profesión*. 2019, vol. 20, núm. 2, pp. 36-42.
- OTLEY, H. Fear of childbirth: Understanding the causes, impact and treatment. En: *British Journal of Midwifery*. 2011, vol. 19, pp. 215-220.
- POUR-EDALATI, M., et al. Exploring the Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Childbirth Fear Among Single-Child Mothers in the City of Kerman, Iran (2017): A Clinical Trial Study. En: *Medical-Surgical Nursing Journal*. 2019, vol. 7, núm. 4.
- SAISTO, T.; HALMESMÄKI, E. Fear of childbirth: A neglected dilemma. En: *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2003, vol. 82, núm. 3, pp. 201-208.
- SMITH, V., et al. Antenatal and intrapartum interventions for reducing caesarean section, promoting vaginal birth, and reducing fear of childbirth: An overview of systematic reviews. En: *PLoS ONE*. 2019, vol. 14, núm. 10, pp. 1-18.

- STOLL, K., et al. 2018. A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. En: *Birth*. 2018, vol. 45, núm. 1, pp. 7-18.
- STRIEBICH, S.; MATTERN, E.; AYERLE, G. M. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. En: *Midwifery*. 2018, vol. 61, pp. 97-115.
- SYDSJÖ, G., et al. Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 15, núm. 1, pp. 1-6.
- UÇAR, T.; GOLBASI, Z. Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. En: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2019, vol. 40, núm. 2, pp. 146-155.
- WAHLBECK, H.; KVIST, L. J.; LANDGREN, K. Gaining hope and self-confidence—An interview study of women’s experience of treatment by art therapy for severe fear of childbirth. En: *Women and Birth*. 2018, vol. 31, núm. 4, pp. 299-306.
- WULCAN, A. C.; NILSSON, C. Midwives’ counselling of women at specialised fear of childbirth clinics: A qualitative study. En: *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2019, vol. 19, pp. 24-30.

# DILEMAS ÉTICOS Y TOMA DE DECISIONES EN EL DIAGNÓSTICO PRENATAL DE TRISOMÍA 21

*Ethical Challenges and Decision-Making in Prenatal Diagnosis of Trisomy 21*

Ainoa Biurrun-Garrido<sup>1</sup>

Correo electrónico: [abiurrun@santjoandedeu.edu.es](mailto:abiurrun@santjoandedeu.edu.es)

1. Profesora del Campus Docent Sant Joan de Déu. (*Barcelona, España*)

Recibido: 14/04/2020 Aceptado: 06/08/2020



## RESUMEN

**OBJETIVO.** Reflexionar sobre los aspectos clínicos, éticos y legales en un caso de diagnóstico prenatal de Trisomía 21 mediante detección de ADN fetal en sangre materna. **MATERIAL Y MÉTODO.** Se presenta un análisis ético, según el modelo deliberativo de toma de decisiones de Diego Gracia, de un caso clínico de una gestante de 16,1 semanas de embarazo a la que, mediante la prueba de ADN fetal en sangre materna, y tras confirmación por amniocentesis, se le diagnosticó trisomía 21. **RESULTADOS (DISCUSIÓN).** Cursos extremos de acción del caso presentado; realización de interrupción legal de embarazo versus seguir con la gestación. Aplicación de reflexiones apelando a los aspectos éticos y a la legislación vigente en el contexto español. **CONCLUSIONES.** La implementación de pruebas como la determinación de ADN fetal en sangre materna puede hacer que nazcan menos niños con cromosopatías, pero también aumentar el número de abortos de embriones-fetos que habrían dado lugar a personas vivas y pueden aumentar la percepción de vulnerabilidad de la mujer y su pareja durante la gestación. Para la mujer, la opción de interrupción de la gestación supone una situación de vulnerabilidad tanto física (por el riesgo corporal) como emocional (desequilibrio a nivel psicológico del diagnóstico), mientras que la pareja también se enfrenta a una vulnerabilidad emocional. Los profesionales implicados en el control y seguimiento gestacional han de ser conscientes de los problemas éticos que plantea el diagnóstico prenatal y deben afrontar cómo dar la información, cómo resolver dudas y de qué forma pueden influir sus creencias en la toma de decisiones.

**Palabras clave:** diagnóstico prenatal; síndrome de Down; bioética; toma de decisiones.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE.** To reflect on the clinical, ethical and legal aspects of a case of prenatal diagnosis of Trisomy 21 with detection of fetal DNA in maternal blood. **MATERIAL AND METHOD.** An ethical analysis is presented, according to Diego Gracia's deliberative decision-making model, of a real clinical case of a 16.1-week-pregnant woman who, by means of the fetal DNA test in maternal blood, and after diagnostic confirmation through amniocentesis, is diagnosed with trisomy 21. **RESULTS.** Extreme courses of action of the case are presented: execution of legal termination of pregnancy versus continuing with gestation. Application of reflections appealing to the ethical aspects and the current legislation in the Spanish context. **CONCLUSIONS.** The implementation of tests such as the determination of fetal DNA in maternal blood can cause fewer children to be born with chromosomopathies, but also increase the number of embryo-fetus abortions that would have resulted in living people and even increase the stress of women and their couple during pregnancy. It is necessary to specify that for women the interruption of their pregnancy entails a situation of both physical (due to the physical risk) and emotional (imbalance at the psychological level of the diagnosis) risk, while their partner suffers on an emotional level. Professionals involved in gestational control must consider the ethical problems posed by prenatal diagnosis and how to give information to their patients, resolve doubts and the extent to which their beliefs can influence their decision-making.

**Keywords:** Prenatal Diagnosis; Down Syndrome; Bioethics; Decision-Making.

## INTRODUCCIÓN

La atención preconcepcional y el seguimiento del embarazo tienen como objetivo identificar y controlar riesgos que puedan incidir negativamente en la gestante o en el feto (García López et al., 2018). Existen diferentes pruebas que se utilizan para realizar el diagnóstico prenatal de anomalías en el feto. Estas consisten en la realización de analíticas sanguíneas, ecografías o la combinación de ambas técnicas, y todas ellas tienen como objetivo detectar alteraciones anatómicas, fisiológicas y/o cromosómicas durante la gestación. Actualmente, una de las pruebas que se realiza de forma sistemática para el diagnóstico de riesgo de trisomías 21, 18, y 13 es el test combinado del primer trimestre, que consiste en una estimación de riesgo. El resultado de esta prueba se calcula a partir del riesgo inherente de la edad materna modificado en función de la desviación de los tres marcadores ecográficos y de la analítica sanguínea (Translucencia Nucal, Beta HCG y PAPP-A) sobre los valores esperados para la edad gestacional. El *screening* prenatal mediante pruebas combinadas bioquímicas y ecográficas ayuda al diagnóstico de las cromosomopatías cribando alteraciones morfológicas, estructurales, funcionales o moleculares (Logroño et al., 2019). Sin embargo, resultados favorables del test combinado del primer trimestre no excluyen la presencia de anomalías fetales debido a la tasa de esta técnica de falsos positivos y falsos negativos. Estudios sobre el test combinado muestran una tasa de detección del 90 %, 97 % y 92 % de las trisomías 21, 18 y 13 con un intervalo de confianza del 95 %, y con una tasa de falsos positivos del 4 % (Santorum et al., 2017).

Asimismo, actualmente existe la posibilidad de realizar una prueba diagnóstica, el análisis del ADN (ácido desoxirribonucleico) fetal plasmático cuyo diagnóstico positivo debe confirmarse mediante una prueba invasiva; biopsia corial o amniocentesis. El desarrollo de estas técnicas y la mejora de la ecografía obstétrica permiten diagnosticar alteraciones fetales, lo que acarrea nuevos problemas que plantean, a su vez, reflexiones éticas. A continuación, se presenta un caso de diagnóstico de T21 realizado por medio de prueba de ADN fetal.

## MATERIAL Y MÉTODO

Análisis bioético de un caso clínico. Para el análisis de este caso, se utilizó el método deliberativo de la toma de decisiones propuesto por Diego Gracia, uno de los referentes

de la bioética en España, contexto en el que se produjo dicho caso. Este método de análisis introduce la deliberación como modo de analizar los conflictos morales y la toma de decisiones prudentes para llegar a decisiones clínicas responsables. Cabe tener en cuenta que Diego Gracia establece una priorización entre principios bioéticos. Para dicho autor, los cuatro principios de la bioética (formulados por Beauchamp i Childress) se organizan de modo que dos de ellos quedan englobados en una ética de máximos, o privada, y otros dentro de una ética de mínimos, o pública. Asimismo, Gracia propone que, en caso de producirse conflicto entre los principios, debe garantizarse siempre los mínimos (no maleficencia y justicia) que son los que posibilitan los máximos (autonomía y beneficencia).

El modelo deliberativo para la toma de decisiones propuesto por Diego Gracia (2001) se desarrolla mediante tres pasos: deliberación sobre los hechos, sobre los valores, y sobre los deberes.

### **Paso 1: Deliberación sobre los hechos**

Este paso se divide a su vez en dos momentos:

1. Presentación del caso: basándonos en la historia clínica como fuente de información.

Por ello, a continuación, se realiza una descripción del caso a analizar éticamente.

Mujer de 36 años, sin alergias, fumadora de 2 cigarros/día. Parto eutócico hace 6 años e interrupción voluntaria del embarazo (IVE) hace 5 años. Fórmula obstétrica o TPAL 1011. Control gestacional correcto. En su historia clínica consta la realización de pruebas de cribado prenatal de primer trimestre; analítica sanguínea completa, ecografía de primer trimestre con resultados normales y cálculo de riesgo mediante test combinado de primer trimestre 1/584 (riesgo intermedio) a las 12,6 semanas. Se le ofrece la realización de ADN fetal en sangre materna. Tras ser informada de los objetivos de la prueba, de los riesgos, y tras comprender la información, la usuaria consiente a la realización de ADN-fetal. Los resultados de este confirman alto riesgo de T21, por lo que se le informó (tanto de forma oral como escrita), junto a su pareja, sobre la posibilidad de amniocentesis para diagnóstico concluyente y de las posibles opciones en caso de diagnóstico positivo: interrupción legal del embarazo (ILE) o seguir con gestación normo-evolutiva. Tras el consentimiento de la usuaria se realizó amniocentesis y se confirmó la sospecha diagnóstica de T21.

2. Aclaración de los hechos del caso dando lugar a las preguntas.

Tras la realización de la prueba invasiva —amniocentesis— se confirma la sospecha diagnóstica de trisomía 21 por lo que se plantean las dos cuestiones contrapuestas anteriormente mencionadas.

### **Paso 2: Deliberación sobre los valores**

Dentro de este paso, aparece la necesidad de identificación de los problemas morales del caso, la elección del problema moral fundamental y la identificación de los valores en conflicto. En este caso, la mujer debe deliberar sobre sus valores en relación con la interrupción legal de la gestación y las consecuencias morales para ella. En este caso, la mujer dudaba sobre si realizar o no una interrupción legal del embarazo. Hacía unos años había realizado un IVE y guardaba un recuerdo negativo. Ahora se enfrentaba a la decisión de interrumpir la gestación tras un embarazo deseado. Los valores en conflicto que aparecían estaban relacionados con que la mujer y su pareja verbalizaban conflicto entre su razón, su moral y sus sentimientos.

### **Paso 3: Deliberación sobre los deberes**

Identificación de los cursos extremos de acción en dicho caso: a) Realizar interrupción legal de embarazo, b) Seguir con la gestación. Diego Gracia propone una búsqueda de cursos de acción intermedios, los cuales se exponen en la discusión, para poder llegar a la elección del curso óptimo de acción

## **DISCUSIÓN**

### **Tesis: Apelando a la legislación vigente y a los principios éticos**

Este caso se produjo en el contexto español. A nivel legislativo, no aparecen conflictos, ya que se siguió lo regulado por la Ley Orgánica 2/2010(España, 2010), de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la que se determina que la interrupción de la gestación se puede realizar a petición de la mujer hasta las 14 semanas, o por causas médicas.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Causas médicas según la Ley Orgánica 2/2010: «a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen. b) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que

Al estar de 16,1 semanas de embarazo en el momento del diagnóstico, debía valorarse si procedía hacer un ILE por causas médicas y, por ello, se precisó presentar el caso y autorización previa por parte del comité clínico: Comité de ética asistencial (CEA).

Tras el diagnóstico, la usuaria decidió interrumpir la gestación. A nivel ético, dicha decisión se fundamenta en primar la autonomía de la gestante y de su pareja, a la vida de un feto portador de una trisomía. La opción se ajusta a la legalidad, dado que se cuenta con el consentimiento de los afectados (la mujer y su pareja) y, según se hizo constar en la historia clínica la información, se procuró en condiciones de simetría entre los profesionales, la gestante y su pareja. No obstante, es preciso remarcar que la gestante, portadora de un feto con T21, se encuentra en situación de vulnerabilidad, puesto que se enfrenta a una decisión difícil que implica una intervención sobre su cuerpo y los profesionales deben procurar un trato beneficioso según el principio de beneficencia, basado en los valores de la paciente para el logro de la máxima felicidad para el máximo número de personas (gestante y familia), contando siempre con su opinión. Además, en el caso expuesto se actuó con cautela ya que se realizó una elección de los medios necesarios y disponibles para la realización del diagnóstico certero mediante una prueba invasiva, la amniocentesis, y se presentó el caso al CEA y al comité clínico, tal y como contempla la legislación española vigente.

### **Antítesis: Apelando a los principios bioéticos**

Los embriones por biología son seres humanos. Sin embargo, diversas corrientes de pensamiento dudan sobre la cualidad de persona del embrión humano, concepto que tiene implicaciones tanto a nivel ético como jurídico (Torralba Roselló, 2005). La sentencia del Tribunal Constitucional sobre la ley del aborto se basó en esta distinción; el feto es un bien que hay que proteger, pero no es una persona en sentido jurídico (Shapiro, Lora, Tomás-Valiente Lanuza, 2009). Desde la filosofía y la moral, hay posiciones discrepantes sobre cuándo se empieza a ser persona, como también ocurre desde la perspectiva biológica. Por ello, no se puede decir que solo «existan dos posturas opuestas»; estas representan los extremos de la polarización que ha producido el debate sobre el aborto. El que el feto sea potencialmente persona depende de la forma de definir identidad y

---

la practique o dirija. c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico».

potencialidad (Brown, 2007). De lo mencionado se desprende que existen dos posturas extremas con sus respectivos argumentos: los argumentos pro-vida, y los pro-abortistas. Según los argumentos pro-vida, el aborto no es ético porque termina la vida de una persona potencial, mientras que los pro-abortistas defienden que la embarazada tiene derecho a decidir finalizar la gestación, porque el embrión-feto, que es una vida humana pero no persona, se encuentra y depende del útero materno y la mujer tiene derecho a decidir sobre su cuerpo.

En el contexto español, las personas en general y las mujeres en particular tienen derecho, reconocido por ley, a decidir sobre cuestiones que conciernen su vida reproductiva, y el derecho al aborto legal es parte de ellos, de igual modo que el acceso al control de la natalidad o a técnicas de reproducción asistida. Asimismo, cuando el aborto se produce en situaciones de anomalía grave, como cromosopatía, se fundamenta en que el estado en que el embrión viviría tras el nacimiento sería doloroso y la vida se enajenaría en un grado que hace que tal vida pueda llegar a ser no deseable y peor que no haber nacido (Svenaeus, 2018). Por tanto, el reclamo de responsabilidad en ese caso podría transformarse en una obligación moral de la mujer a abortar para evitar el sufrimiento a una persona futura, lo que la puede llegar a hacer sentir dudas, fomentando así la vulnerabilidad de la mujer durante el proceso de embarazo y parto. No obstante, una vida con Síndrome de Down suele tener mayor riesgo de desarrollar diferentes patologías, pero no todo el mundo coincide en que tiene que estar llena de sufrimiento (Hickey, Hickey, Summar, 2012). Por tanto, implementar en los protocolos sanitarios la realización de ADN fetal permite que se diagnostiquen anomalías, pero da lugar a dudas morales y puede ocasionar conflictos éticos.

Entre los principios bioéticos que pueden ser vulnerados durante la realización de pruebas durante la gestación, siguiendo la metodología de Diego Gracia, encontraremos en primer lugar la posible vulneración del principio de beneficencia (Beauchamp, Childress, 2013), el cual advierte que el acto médico debe desligarse de situaciones que busquen, causen, permitan o expongan riesgo de muerte. Sin embargo, entre las causas de despenalización y/o legalización del aborto se encuentra el que el producto presente alteraciones genéticas o congénitas (aborto eugenésico). Por ello, actualmente en el contexto español, si se respeta la legislación vigente, la realización de un ILE o de un IVE en los casos marcados por la ley no es coercitiva, sino que se aplica tras la correspondiente información y deliberación moral, como se expone en este caso. No obstante, pese a la

legalidad del hecho, los profesionales que se dedican a la obstétrica deben tener presente que el que una determinada práctica clínica sea legal e incluso socialmente aceptada no implica que no deba ser convenientemente valorada y reflexionada desde una perspectiva ética. Los profesionales implicados han de ser conscientes de los problemas éticos que plantea el diagnóstico prenatal. Así pues, y según el principialismo bioético, el profesional sanitario debe buscar el mayor bien (principio de beneficencia), y está obligado a no hacer mal ni a nivel físico ni a nivel psicológico y/o moral de la persona (voluntaria o involuntariamente; principio de no maleficencia). En lo que a aborto inducido se refiere, a nivel ético existe una dualidad; por un lado, el realizar un IVE o un ILE puede producir un mal, pero conculcar o no atender de forma adecuada los derechos de la mujer también produce mal, tanto desde el punto de vista ético como legal. Por todo ello, para que el profesional sanitario pueda salvaguardar los principios bioéticos al diagnosticar cromosomopatías, es necesario que reciban asesoramiento adecuado. Para ello es necesario una preparación en formación ético-actitudinal en los profesionales. Para que se realice una buena praxis sanitaria en estos casos, es necesario que el profesional se plantee previamente cómo dar la información, cómo resolver dudas y de qué forma pueden influir sus creencias en la toma de decisiones de la gestante y/o su pareja. En un estudio realizado Gammon et al. (2018) sobre la experiencia de mujeres que recibieron resultados de ADN fetal durante su gestación, se observa que muchas de las mujeres se sintieron confundidas con la información que recibieron antes de aceptar la realización de la prueba, describiendo problemas en el entendimiento de los resultados obtenidos, sobre todo en referencia a los falsos positivos que se asocian a la realización de cualquier prueba. Por ello, los autores del estudio recomiendan reflexionar sobre la importancia de la información que los profesionales facilitan y el modo en que se ofrecen dichas pruebas.

## **CONCLUSIONES**

La detección y diagnóstico prenatal ha experimentado un gran progreso en las últimas cuatro décadas, sobre todo en el cribado del síndrome de Down. Las técnicas no invasivas que usan sangre materna y/o ultrasonidos presentan la ventaja de no conllevar riesgo de aborto involuntario durante la gestación. Asimismo, los avances en genética molecular y secuenciación de ADN han permitido la detección de anomalías genéticas utilizando el ADN libre de células en plasma materno e implementándose esta técnica en la atención clínica mediante el diagnóstico del grupo sanguíneo fetal y la detección de aneuploidías.

No obstante, estos desarrollos han creado desafíos técnicos y logísticos, pero también problemas éticos y sociales.

En el contexto español (Ministerio de Sanidad, 2019), nos encontramos en un proceso de cambio de paradigma al introducirse la prueba de ADN fetal en la cartera de servicios de salud. En términos generales, se recomienda la realización de amniocentesis en casos de riesgo muy alto o alto de cromosopatías como resultado del test combinado del primer trimestre (riesgo  $>1/251$ ), mientras que en estimaciones de riesgo intermedio (entre  $1/251$  y  $1/1100$ ) se ofrece la prueba de ADN fetal (y biopsia de corion o amniocentesis en caso de resultado positivo). La puesta en marcha de este tipo de pruebas puede provocar que aumente el número de abortos eugenésicos haciendo que nazcan menos niños con cromosopatías, un hecho que para algunas posiciones morales puede ser cuestionable dado que puede aumentar el número de abortos de embriones-fetos que habrían dado lugar a personas vivas con cromosopatías. Asimismo, ello puede llegar a producir efectos estigmatizantes que afecten a la actitud hacia las personas que viven con esta condición, produciendo posiciones sociales menos tolerantes para aquellas mujeres/parejas e incluso en aquellas gestaciones falso-negativas que finalizan con recién nacidos con cromosopatías.

Tras lo mencionado, parece crucial el tipo de información que los profesionales facilitan, debiendo ser esta lo más amplia y completa posible procurando no interferir ni coaccionar a las mujeres/parejas. Ello conlleva una reflexión moral previa en cuanto a los valores propios de los profesionales frente al aborto. El profesional debe ser consciente de la dificultad que implica mantener la «objetividad» de la información en estos casos, así como garantizar un acompañamiento posterior a la mujer y a la familia independientemente de la decisión que tomen. Por último, es preciso recordar que la aceptación social de la incidencia de «nacimientos anormales» puede aumentar la vulnerabilidad de la mujer y su pareja. La realización de un aborto, aunque en el contexto español sea legal, supone una situación de vulnerabilidad para la mujer tanto física (por el riesgo físico de la propia intervención) como emocional (dada la dificultad a nivel psicológico de la decisión tras el impacto de un diagnóstico no esperado), mientras que para la pareja supone también esta misma vulnerabilidad o riesgo a nivel emocional. Por último, cabe mencionar que, durante el proceso de embarazo, el diagnóstico de cromosopatías, cuando no es adecuadamente tratado desde el ámbito profesional,

puede crear cierta presión sobre aquellas mujeres y/o parejas que por diferentes motivos sí decidan llevar a término dichos embarazos.

## BIBLIOGRAFÍA

- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 2013.
- BROWN, M. T. The Potential of the Human Embryo. En: *Journal of Medicine and Philosophy*. 2007, vol. 32, núm. 6, pp. 585-618.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. España: Gobierno de España, 2010.
- GAMMON, B. L., et al. Decisional regret in women receiving high risk or inconclusive prenatal cell-free DNA screening results. En: *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2018, vol. 33, núm. 8, pp. 1-7.
- GARCÍA LÓPEZ, E., et al. Actualización del diagnóstico prenatal. FMC - Formación Médica Continuada En: *Atención Primaria*. 2018, vol. 25, núm. 3, pp. 159-163.
- GRACIA, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. En: *Medicina Clínica*. 2001, vol. 117, núm. 1, pp. 18-23.
- HICKEY, F.; HICKEY, E.; SUMMAR, K. L. Medical update for children with Down syndrome for the pediatrician and family practitioner. En: *Advances in Pediatrics*. 2012, vol. 59, núm. 1, pp. 137-157.
- LOGROÑO, I. E. N., et al. Pruebas combinadas de screening prenatal para el diagnóstico de cromosomopatías: utilidad e indicaciones. En: *La Ciencia al servicio de la salud y la nutrición*. 2019, vol. 10, pp. 49-59.
- MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. *Estado de la evidencia y recomendaciones sobre actividades de cribado en el SNS*. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2019.
- SANTORUM, M., et al. Accuracy of first-trimester combined test in screening for trisomies 21, 18 and 13. En: *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2017, vol. 49, núm. 6, pp. 714-720.
- SHAPIRO, I.; LORA, P.; TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. *La Suprema Corte de Estados Unidos y el aborto*. Madrid: Fundación Coloquio Jurídico Europeo, 2009
- SVENAEUS, F. Phenomenology of pregnancy and the ethics of abortion. En: *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2018, vol. 21, núm. 1, pp. 77-87.
- TORRALBA ROSELLÓ, F. *¿Qué es la dignidad humana? ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris*. Barcelona: Herder, 2005.

# ANDROGINIA Y MATERNIDAD: UNA APROXIMACIÓN AL ENCUENTRO DE LO MASCULINO Y LO FEMENINO EN EL ARTE DEL SIGLO XX Y XXI<sup>1</sup>

*Androgyny and Motherhood: An Approach to the Encounter of the Masculine and the Feminine in the Art of the 20<sup>th</sup> and 21<sup>st</sup> Centuries*

Belén León-Río<sup>1</sup>

Correo electrónico: [belenleon@us.es](mailto:belenleon@us.es)

1. Profesora Titular de Universidad. Dpto. de Escultura e Historia de las Artes Plásticas. Facultad de Bellas Artes. Universidad de Sevilla. (Sevilla, España)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8317-1005>. ID SCOPUS: 57210125739. PUBLONS: <https://publons.com/researcher/AAC-3634-2020/>.

Recibido: 22/05/2020 Aceptado: 02/12/2020



---

<sup>1</sup> Grupo de investigación «Técnicas del Bronce». Proyecto de Excelencia «Colada Automática de Procedimiento Eutéctico en la Fundación Artística» (P07-HUM-02497 - Investigador).

## RESUMEN

En nuestra sociedad, la diferencia entre hombres y mujeres se ha traducido ideológicamente en un lenguaje dual y contrapuesto en vez de buscar un término medio que una las oposiciones. El arte, sin embargo, ha encontrado dicho término medio a través de sus expresiones artísticas llenas de símbolos unitivos y totalizadores. Entre estos símbolos, destaca la androginia relacionada con el poder de lo femenino y el matriarcado, frente a un patriarcado trasnochado y enquistado en el pensamiento racional y lineal que tanto ha influido en nuestro modelo social. En este artículo, veremos cuáles son estos arquetipos, demostrando que habría una homogeneidad de la psique humana que produciría una abundante simbología relacionada con la maternidad y la bisexualidad, y que se produciría en distintos periodos de la historia como demuestran los temas míticos y legendarios, reflejándose en una heterogeneidad igualmente grande de la psique consciente de las mujeres artistas contemporáneas.

**Palabras clave:** maternidad; útero; andrógino; bisexualidad; arquetipo.

## ABSTRACT

In our society, the difference between men and women has translated ideologically into a dual and opposed language instead of looking for a middle ground that unites oppositions. Art, however, has found this middle ground through its artistic expressions full of unifying and totalizing symbols. Among these symbols stands out the androgyny related to the power of the feminine and matriarchy, compared to an outdated patriarchy and entrenched in rational and linear thought that has influenced our social model so much. In this article we will see what these archetypes are, demonstrating how there would be a homogeneity of the human psyche that would produce an abundant symbology related to motherhood and bisexuality that would occur in different periods of history as demonstrated by mythical and legendary themes, reflecting in an equally large heterogeneity of the conscious psyche of contemporary female artists.

**Keywords:** Maternity; Uterus; Androgynous; Bisexuality; Archetype.

## INTRODUCCIÓN

C. G. Jung concibe las distintas épocas de la historia de la humanidad como el alma del ser humano que tendría una situación de consciencia especial y limitada y precisaría por ello de una compensación llevada a cabo por el inconsciente colectivo, de tal manera que el artista prestaría expresión a lo no manifestado de la situación temporal. El inconsciente penetraría en la consciencia cuando la persona se disuelve en la psique colectiva «una vez desmanteladas las barreras erigidas desde tiempo inmemorial, suele aflorar de manera espontánea, y hasta a veces se precipita en cierto modo inundando la consciencia» (1993: 197). Para este autor, el inconsciente colectivo debe entenderse como ese contenido del inconsciente que consistiría por una parte en las percepciones inconscientes de procesos reales externos y por otra en todas las reliquias de funciones de percepción y adaptación filogenéticas: «Una reconstrucción de la imagen inconsciente del mundo daría una imagen que mostraría cómo se veía la realidad externa desde tiempos inmemoriales. El inconsciente colectivo contiene o es un espejo que refleja el mundo. Constituye, en cierta medida, un mundo también, pero un mundo en imágenes» (213-214).

Entre estas imágenes, estaría el binomio *anima-animus*, que serían modelos universales de nuestra psique. C. G. Jung «empleó estos términos en relación con el latín *animare*, que significa vivificar», porque actuarían como «espíritus vivificadores» (Zweig, 2010: 251). Para C. G. Jung el ánima sería el arquetipo de la vida, ya que la vida llegaría al hombre a través del ánima, aunque crea que le llega por el entendimiento. De esta manera el hombre regiría la vida por el entendimiento, pero la vida viviría en él por el ánima. Mientras que, en la mujer, la vida le llegaría por la forma espiritual del ánimo a pesar de que crea que es el Eros el que le da la vida: «La mujer domina la vida, es decir vive habitualmente por el Eros, pero la verdadera vida, en la que ella es también víctima, le llega a la mujer por el entendimiento (*mind*) que en ella está corporizado por el Ánimo». (Jung, 1996: 410-411)

Los hombres, que generalmente se identifican con lo masculino, proyectarían su femineidad sobre las mujeres y, al contrario, las mujeres, «identificadas únicamente con lo femenino, proyectan su lado masculino e inconsciente sobre los hombres» (Zweig, 2010: 251). El *anima-animus* serían iguales y complementarios, constituyendo «un conjunto de naturaleza andrógina» (Walker, 2010: 81). En este sentido, Louise Bourgeois afirmaba: «Todos somos vulnerables de algún modo, todos somos masculinos y femeninos a la vez»

(citado en Mayayo, 2002: 34). Esta integración de los contrarios tendría que ver según J. E. Cirlot con una «tensión energética espiritual determinante», nombrando a Blavatsky que decía como «todas las naciones consideraban a su primer dios como andrógino a causa de que la humanidad primitiva se sabía nacida de “lo mental” (Minerva surgiendo de la cabeza de Júpiter), como prueban los símbolos tradicionales» (Cirlot, 1969: 75).

## **METODOLOGÍA**

El arte feminista de la actualidad estaría en gran medida conectado con el inconsciente, apareciendo una simbología relacionada con la gran diosa Madre y los mitologemas a ella asociados, como el cuerpo de la mujer, la maternidad, la sexualidad y la androginia. Analizando estas imágenes, pudimos comprobar como existían numerosos paralelismos entre las creaciones artísticas de las mujeres y los temas mitológicos estudiados por la escuela de psicología de C. G. Jung, que se había interesado en muchas ocasiones por el artista y sus obras donde este autor encontraba numerosos motivos que coincidirían con los arquetipos surgidos de los sueños y la imaginación activa de sus pacientes. Estas cuestiones nos llevaron a conjeturar que el arte, al igual que el rito y los mitos, nos ofrecería múltiples posibilidades de apertura de nuestra consciencia cuyos símbolos tenían la finalidad de transformación psicológica del individuo.

Este análisis nos mostró, además, como las mujeres artistas tendrían propensión, a través de sus acciones creativas, a manifestar un desarrollo psicológico, valiéndose de símbolos y arquetipos integradores de contenidos inconscientes que totalizarían al ser humano produciendo consecuencias muy importantes como la transformación de nuestra visión del mundo y de la sociedad, donde lo femenino estaría cobrando un renovado poder. Todo esto suscitó nuestro interés a investigar este tipo de manifestaciones plásticas donde las mujeres mediante la maternidad y la bisexualidad desafiarían nuestro modelo social fuertemente influenciado por el mundo de la razón y el patriarcado y donde intentarían transformar el modelo social, mostrando el poder de su lado masculino que nos vincularía con la diosa Madre. Este análisis lo hemos articulado en tres categorías que se exponen a continuación: 1. El arte y el despertar de la diosa: sus símbolos unitivos de transformación; 2. Animus: el poder masculino en el arte de lo femenino; 3. El carácter bisexual del ser humano como meta unificadora.

## I. EL ARTE Y EL DESPERTAR DE LA DIOSA: SUS SÍMBOLOS UNITIVOS DE TRANSFORMACIÓN

M. L. von Franz llama la atención sobre el hecho de que en los últimos años los Estados están comenzando a preocuparse por el bienestar físico de la población, de manera que, por etapas, habría llegado «a ser cada vez más portador de la proyección de la madre, y menos de la imagen del padre. Lentamente y sin advertirlo, nos estamos deslizando hacia una situación matriarcal» (Franz, 1999: 315). También C. Zweig señala como se estaría produciendo un cambio en nuestra relación no solo con la materia y con la tierra sino también con nuestros cuerpos, donde lo femenino cambiaría el significado y la dirección de nuestra vida, iniciando «una nueva relación con el Yo. Con lo Otro y con lo Divino» (Zweig, 2010: 257), llamando la atención a como en la actualidad numerosas mujeres estarían redefiniendo su vida espiritual con el despertar de su parte femenina divina surgiendo así la Diosa, no solo en su concepción como figura única y trascendente sino también «como diosas plurales que representan las diversas energías de la vida. Ella nos trae una visión de la Mujer que viene de fuera de los muros del patriarcado. Afirma nuestros cuerpos, mentes, corazones, poderes y hermandad» (Zweig, 2010: 254).

En el arte también se estaría produciendo una elevación de la mujer, dándose ya pasos importantes en el porvenir de una nueva sociedad más subjetiva donde prime más lo femenino-maternal, habiendo un surgimiento y despertar de lo femenino divino mediante la representación de la Diosa que tendría que ver con la consciencia que mueve el universo y una vuelta a la Madre Tierra, como vemos en las experiencias de las mujeres artistas que se acercarían de manera inconsciente a sus propios arquetipos, como asevera Betsy Damon, que en 1977, tras realizar su *performance* titulada *7,000 Year-Old Woman*, confesó sentirse como «una antigua diosa de la fertilidad» (citado en Reckitt y Phelan, 2005: 80).

C. G. Jung menciona como en épocas primitivas la materia se designaba como Gran Madre, habiendo perdido su significado emotivo, al igual que el espíritu que hoy en día se identifica con el intelecto y antes se identificaba con el Padre de Todo: «Ha degenerado en los limitados pensamientos del ego del hombre: la inmensa energía emotiva expresada en la imagen de “nuestro Padre” se disipa en la arena de un desierto intelectual» (1997: 92). Las grandes diosas madres habrían sido diosas de la fertilidad como «Gea, Rea, Hera, Deméter para los griegos, Isis entre los egipcios y en las religiones helenísticas, Ishtar

entre los asiro-babilonios, Astarté para los fenicios [y los íberos], Kāli entre los hindúes» (Chevalier y Gheerbrant, 1999: 674). En todas las culturas aparecería el arquetipo de la Gran Madre constituyendo tanto a nivel religioso como psicológico el símbolo más universal. La madre divina en la teología hindú sería la fuerza vital universal, el principio espiritual que se expresaría con forma femenina:

La madre divina es como la serie continua que ata y sostiene el universo *Prakriti y Māyā*, unidad de todo lo que está manifestado, cualquiera que fuere su nivel de existencia, desde la simple apariencia hasta la pura ilusión. Es la conciencia de la manifestación, del yo de Shiva manifestado en la indefinición de las apariencias, de esas olas de potencia energética que son los seres, de la materia precipitada y de fugitivas centellas. Es la conciencia de la totalidad manifestada. (Chevalier y Gheerbrant, 1999: 675)

N. Sorrosal señala como el patriarcado, en relación con la maternidad, «no quiere que resucitemos a la Madre» (Sorrosal, 2019: 39), afirmando como las mujeres estarían llevando a cabo «una revolución silenciosa, amorosa y pacífica. Es una revolución doméstica, en el sentido más sublime del término» (Sorrosal, 2019: 38). Para L. Irigaray el movimiento ligado a la vida, el devenir, existe cuando gobierna la diosa, la musa, en cambio el hombre se entrega «a la construcción de un mundo de artificios, a la elaboración de un cosmos de palabras en el que va a extraviarse, engañado por su propia palabra» (2016: 40). La diosa, la naturaleza, sería la que nos inspira, pero el hombre occidental no es capaz de reconocerlo, se ha ido alejando paulatinamente de su alrededor sin encontrar acertadamente su verdadera expresión: «Replegado sobre sí mismo, ha ido sustituyendo la percepción del mundo exterior por un universo de representaciones, progresivamente desvinculado de lo real». (42)

En la actualidad, existiría una sobrevaloración de lo racional, lo competitivo y lo lineal. Sin embargo, las mujeres a través de sus creaciones comienzan a manifestar sus emociones e intuición, impregnando a la sociedad en este sentido. La obra artística de Miriam Schapiro sería un claro exponente, en tanto que la creadora expresa su sensibilidad femenina mediante un estilo propio de collages a los que denomina *femmage*, empleando materiales y técnicas artesanales propias de la mujer como el ensamble con telas. Asimismo, también fue una de las primeras artistas que aplicaría en 1967 el software informático en su obra titulada *OX*, en la que representa los órganos genitales femeninos mediante una composición geométrica en forma de X. Esta imagen

simbólica tan peculiar en el arte barroco se relacionaría con el Yoni, el vaso sagrado, el grial, la copa o el cáliz, símbolos «de la madre primordial, nutricia y protectora» (Durand, 1981: 243). La copa sería el seno materno y el útero, sede de las transformaciones. En la filosofía hermética de la alquimia el principio femenino tendría una gran importancia siendo el vaso en el que debían cumplirse las transformaciones de la materia, correspondiéndose con el *Ântrôpos*, y el universo material como microcosmos: «El vaso hermético redondo, en que se cumple la misteriosa transformación, significa la Divinidad, el Alma (platónica) del mundo y la Totalidad del ser humano». (Jung, 1995: 253)

Para C. G. Jung la supervivencia o la resurrección inconsciente del simbolismo del vaso sería una prueba de un reforzamiento del principio femenino en la psicología masculina del pasado. El *anima* producida por la psique humana simbolizaría el eterno femenino siendo una imagen numinosa que las mujeres artistas representan en muchas ocasiones como madre. El *anima* tendría un poder numinoso sobre hombres y mujeres porque ambos «han crecido en el vientre de una mujer y, excepto en casos de severa privación, han sido nutridos, cuidados y alimentados principalmente por mujeres en sus primeros años de vida» (Wehr, 2010: 69). Todo esto explicaría «el énfasis de la literatura en imágenes del ánima, en contraste con las imágenes del *animus*. La experiencia de la madre es básicamente primaria y numinosa debido a su naturaleza esencial, sea cual sea nuestro sexo» (Wehr, 2010: 69). Según C. G. Jung el símbolo de la madre como *anima* tendría que ver con el inconsciente, de manera que el *anima* puede representar a la madre mediante dos aspectos encontrados de totalidad, uno constructivo y otro destructivo: la madre es, por un lado, la seguridad, el alimento, el amor, el cobijo, el abrigo, el calor y la ternura frente a una madre devoradora y castradora. Esta ambivalencia se correspondería con el mar y la tierra, en el sentido de que una y otra son receptáculos y matrices de la vida, como vemos en el fotomontaje de Mary Beth Edelson realizado en 1975 *Goddess Head*, donde se representa a ella misma desnuda y con una cabeza en forma de caracola fosilizada, expresando de esta forma el mito de la diosa ligada a la «vinculación tradicional de la mujer con el mar como madre de todas las criaturas» (Jones, 2006: 144). La caracola marina, como todas las conchas, se relaciona con el arquetipo de luna-agua, gestación-fertilidad y con las aguas primordiales. De este modo, las representaciones femeninas de la fecundidad pueden presentarse como figuras de la profundidad acuática o telúrica como ocurre con la diosa Sarasvati, «diosa de las aguas madres, donadora de

vida y de posteridad, portadora del alimento, de la leche, de la semilla y de la miel, asilo de toda prueba, inviolable refugio» (Durand, 1981: 190).

Eglé Rakauskaitė nos presenta el arquetipo del descenso y el retorno al útero materno en su obra *In Honey*, una instalación de *performance* y video realizada en el Museo de Arte de Reikiavik en 1996. La artista se introduce en posición fetal en un recipiente lleno de miel como si fuera un útero, respirando a través de un tubo que simula un cordón umbilical. A. Jones nos describe esta obra: «Resplandeciente y amarillo como una yema de huevo, su cuerpo se mantenía conectado a un aparato para respirar que ponía de manifiesto su vinculación y su dependencia con el recipiente blanco en el que se encontraba, que acabó transformándose en un seno materno gigantesco del que dependía su vida» (2006: 189).

Para C. G. Jung, el huevo tendría que ver con la «cueva subterránea». Tanto en extremo oriente como en occidente el huevo filosófico de la alquimia se relacionaría con la intimidad del útero: «La alquimia es un *regresus ad uterum*. El orificio del huevo debe estar “herméticamente” cerrado: este último simboliza el huevo cósmico de la tradición universal» (Durand, 1981: 241). Esta imagen de seguridad es designada por G. Durand como símbolo de intimidad y descenso, ya sea en forma de acoplamiento ictiológico o de apelotonamiento materno, que exigirían «la excavación o la zambullida en el agua y la tierra hembra. La mujer —acuática o terrestre— nocturna, de adornos multicolores, rehabilita la carne y su cortejo de cabelleras, de velos y de espejos» (1981: 224).

Desde lo simbólico, artistas como Carolee Schneemann reformulan su sexualidad mediante su obra titulada *Interior Scroll* de 1975, donde el conducto vaginal de la artista se convierte en un espacio de iniciación donde se fusionan lo masculino y lo femenino. La vagina conducto del parto sería el primer laberinto que cruzamos al nacer y que Schneemann representa como una forma escultórica, recurriendo para ello a un ritual que se traduce en una *performance* que despierta fuerzas emocionales profundas no solo en ella, sino también en un público mayoritariamente femenino. Esta obra reivindicaría el poder de lo femenino en función de los sexos a través de la vagina a la que considera como un símbolo de transformación del cual se originaría el conocimiento sagrado, el éxtasis y el nacimiento:

Una cámara traslúcida de la que la serpiente es el modelo exterior: animada por su tránsito de lo visible a lo invisible, una espiral rodeada por la forma del deseo y los misterios generativos, atributos del poder sexual femenino y

masculino. Este origen del «conocimiento interno» se simbolizaría como el indicador principal que une el espíritu y la carne en la veneración de la Diosa. (citado en Jones, 2006: 144).

En el Paleolítico superior existiría una gran influencia de la diosa femenina como se puede comprobar en las culturas agrarias de Mesopotamia que poseían una religión de carácter cósmico basada en una «renovación constante y periódica de la vida, cuyo objeto de culto era la Diosa Madre. La tierra se percibía como madre y todos –animales, plantas y hombres–eran sus hijos y estaban sujetos a sus leyes» (Dunn, 1990: 28). Esta influencia de la Diosa Madre estará muy presente en la obra de Louise Bourgeois como vemos en las *Lairs* (Guaridas) de 1964, esculturas que la artista concibe como lugares protectores donde refugiarse, parecidos a úteros que cuelgan del techo, realizados a base de yeso, látex, resinas y materiales blandos que nos recordarían «las profundidades de un nido o de una gruta [...] la cálida penumbra del útero materno. La casa, la caverna, el nido, el laberinto y el cuerpo se transforman así en avatares de un mismo espacio primigenio» (Mayayo, 2002: 26). Estas obras enlazarían con *Solf Landscape* (Paisajes blandos) de 1967 donde se produce una metamorfosis del cuerpo humano y la Madre Tierra. En palabras de la propia artista: «Me parece evidente que nuestro cuerpo es una figuración que aparece en la Madre Tierra» (citado en Mayayo, 2002: 27). Bourgeois enlazaría con esta herencia ancestral, como ella misma explica, ya que estas obras no solo serían antropomórficas, sino también «paisajes, en la medida en que cabría considerar nuestro cuerpo desde un punto de vista topográfico, con un territorio con montes y valles, cavernas y agujeros» (citado en Mayayo, 2002: 27). Para H. Biedermann, los órganos femeninos como la vagina y el útero estarían relacionados con las cavernas y las cuevas, ya que penetrar en estos recintos haría «referencia a la búsqueda de un sentido de la vida en las profundidades de los estratos inconscientes, heredados, del inconsciente materno...» (Biedermann, 1996: 144).

Kiki Smith también representará la maternidad y la fecundación mediante úteros de bronce, cordones umbilicales hechos de papel enrollado y partes anatómicas del cuerpo humano o sus secreciones como esperma de cristal, siendo expresiones «de la sensibilidad “femenina estereotípica”» (Heartney, 2008: 287). Sus esculturas presentan un cuerpo humano desnudo con las piernas chorreando leche materna, sangre y semen. J. Chevalier, y A. Gheerbrant señalan como habría una relación de la leche con el semen en el lenguaje tántrico, ya que «la leche es la *boddhichitta* (pensamiento y semen a la vez) elevándose

hacia el centro umbilical, el *manipūrachacra*» (Chevalier y Gheerbrant, 1990: 632), el semen sería «potencia de la vida» mientras que la leche se asociaría al fuego celeste o uránico, siendo símbolo de inmortalidad y «de alimento y fecundidad en los planos físicos» (Chevalier y Gheerbrant, 1990: 633). H. Biedermann afirma que, en la alquimia, la leche junto con la sangre serían «uno de los símbolos para los dos principios primarios, *azufre y mercurio*» (Biedermann, 1996: 261), como vemos en la obra de Stoltzius titulada *Chymisches Lustgärtlein* de 1624, donde se afirma que «de la blanca leche y la roja sangre se produce “mucho oro pesado”» (citado en Biedermann, 1996: 262), por lo que este autor concluye que la leche en este texto podría ser «un eufemismo alegórico por esperma, ya que según una antigua teoría de la procreación, el origen de la vida se producía por la unión del blanco esperma y la *roja sangre* de la menstruación» (Biedermann, 1996: 262). El arquetipo de la sangre será utilizado por Ana Mendieta para reforzar su condición de artista mujer en su *action painting* de 1974 titulada *Body Tracks*, donde se embadurna sus pechos y manos con sangre que impregna sobre la pared dejando su silueta. Según la observación de Mendieta sobre esta performance: «Creo que es algo mágico muy poderoso. No lo considero una fuerza negativa» (citado en Jones, 2006: 63).

Como hemos visto, la mujer desde un punto de vista místico se expresaría mediante ritos donde la esencia femenina se convertiría en «un fluido que une la brecha existente entre el plano de la realidad donde habita nuestro consciente cotidiano y ese otro dominio desconocido, difícil de explicar, que no obstante vive en todos nosotros» (Dunn, 1990: 193). De este modo, en el mundo de los mitos y las religiones habría paralelismos entre la simbología que presentan las distintas culturas y los procesos energéticos y psicológicos de la mujer, como ocurre con en el doble poder creativo y destructivo de la diosa Kali que lo aniquila todo, devolviendo al mundo «su forma natural para que los dioses puedan regresar, portando una visión indivisa de la vida» (Dunn, 1990: 89). La diosa Kali sería la representación de los opuestos, ya que personificaría la creación y la destrucción, apareciendo «como Madre Negra, a horcajadas sobre su consorte muerto, Shiva, comiéndole las entrañas mientras su *yoni* es devorado por el *ligam* de él» (Dunn, 1990: 89).

Esta mitología se traduciría en el ciclo menstrual femenino, donde habría una ambivalencia de creación a través de la destrucción, metáfora de los dos polos de la sexualidad femenina. Uno de ellos se alcanzaría cuando la mujer ovula «y se expresa en términos de receptividad y entrega» (Dunn, 1990: 36). En este periodo la mujer es más

fértil y por lo tanto se puede producir con más facilidad la concepción: «El otro vértice de la sexualidad se manifiesta antes, durante y después del flujo menstrual, y es multiorgásmico y no fértil» (Dunn, 1990: 36). Según Dunn, en la mujer operarían mecanismos opuestos que se manifestarían en la diosa con sus múltiples facetas y en su estado de devenir constante, por eso la mujer sería «la perfecta mediadora para expresar las fuerzas que actúan en el consciente y en el inconsciente de la humanidad y de la existencia. Su familiaridad natural con su ser instintivo halla un medio de expresión a través del cuerpo en el parto, en la menstruación, en la sexualidad y en la maternidad» (193).

E. Pérez de Carrera señala como tendríamos que buscar la percepción de lo misterioso a través de la sublimación del sexo, el cual sería «un rito arquetípico en sus dos sentidos de memoria de futuro» (2004: 137), afirmando como el subconsciente colectivo tendría varios niveles, siendo uno de ellos el que relacionaría al ser humano con su consciencia superior, mediante un camino individual subjetivo y espiritual, poseyendo resortes energéticos que le harían «sentir, soñar y escuchar su futuro» (135). Para L. Irigaray, en la pareja humana, hombre y mujer, existiría una atracción que surgiría «del instinto y que deviene humanidad y divinidad» (2016: 29). Así, tendríamos el deseo de entrar en relación con el otro, pero no para «poseer o apropiarse del otro, lo cual equivale a una necesidad real o imaginaria de reducir al otro a mí mismo o mi propiedad», sino que hay que mantener y crear un espacio mediante «la atracción recíproca entre ambos, gracias al respeto de la trascendencia de cada uno por parte del otro» (Irigaray, 2016: 28).

## **II. ANIMUS: EL PODER MASCULINO EN EL ARTE DE LO FEMENINO.**

Las mujeres consumiríamos imágenes de lo femenino y del *animus* en su aspecto femenino que habrían sido proyectadas por nuestra cultura a través de la psique masculina que crearía y procesaría este tipo de imágenes. El *animus* y el *anima* nos ayudarían a ver «cómo nuestras psiques luchan con los demonios internalizados de una cultura sexista» (Wehr, 2010: 79). Para Wehr es importante «que nos nutran y fortalezcan tanto las imágenes masculinas como las femeninas» (78). El concepto de *animus* se debe desontologizar para convertirlo como específico de la cultura, ya que la psique y la cultura estarían relacionadas de forma dialéctica. Por lo tanto, el *animus* se convertiría en «un

concepto útil si nos damos cuenta de que la psique internaliza imágenes además de proyectarlas» (Wehr, 2010: 79).

En las manifestaciones artísticas de las mujeres vemos como nuestra psique funcionaría como creadora y procesadora de imágenes, como señala J. Hillman, de manera que la mujer puede realizar su lado masculino a través del *animus* como *logos*, es decir, como capacidad para el pensamiento racional, para el poder, y la autoridad que serían los pasos que la escuela de C. G. Jung habría reconocido hasta el momento, aunque según esta autora las mujeres tendrían que encontrar «imágenes femeninas del pensamiento y la autoconfianza» para así dar «la espalda al rechazo y el temor que siente nuestra sociedad ante el poder, la autoridad y la racionalidad de las mujeres» (Hillman, 2010: 78).

C. G. Jung afirmaba como en las edades primitivas los conceptos instintivos se originaban en la mente del individuo, de forma que la mente consciente los integraba en un sistema psíquico coherente mediante símbolos, pudiendo comprobarse como las artistas actuales al igual que ellos serían capaces de canalizar a través de sus obras estas aportaciones que provienen del inconsciente y de los instintos donde aparecerían numerosas representaciones relacionadas con nuestra bisexualidad psíquica. Las artistas mujeres han tratado de fusionar en su obra el poder fecundador de la mujer manifestando al mismo tiempo su lado masculino, como vemos en la obra de Louise Bourgeois titulada *Fragile Golden* (Diosa frágil) de 1970, donde representa el arquetipo de la madre perteneciente a una serie de «mujeres fálicas» realizada entre 1969 y 1970, donde funde lo masculino y lo femenino en la imagen de la Diosa Madre: «De marcado acento surrealista, estas “mujeres fálicas” nos recuerdan el carácter bipolar que ha tenido siempre la maternidad en la imaginaria occidental (la Madre buena/la Madre mala; la Diosa nutricia/la diosa letal)». (Mayayo, 2002: 33).

Esta ambivalencia será frecuente desde el comienzo de su carrera artística como ocurre en su obra *Femmes-maison* de 1946-47, donde representa el cuerpo fusionado de una mujer y la arquitectura de una casa, donde se desarrolla el drama familiar de la artista y al mismo tiempo se convierte en el «escenario de los placeres de la maternidad [...] imagen de su identificación secular con un papel exclusivamente nutricional y reproductor» (Mayayo, 2002: 13-14). *Femmes-maison* inauguraría «un juego de oposiciones (entre lo inanimado y lo orgánico, lo rígido y lo maleable, lo frágil y lo sólido, lo geométrico y lo fluido), que será constante en años venideros en la obra de Bourgeois» (Mayayo, 2002:

14). Estas fusiones vuelven a aparecer al final de su vida, en el año 2008, en su obra titulada *The Maternal Man*, un dibujo sobre papel que representa el perfil desnudo de una figura que esgrime un falo erecto, presentando al mismo tiempo un vientre abultado típico del embarazo en cuyo interior por transparencia se aprecia el hijo que está gestando. Esta simbología andrógina nos retrotraería a las imágenes primitivas como la de Laussel (Dordoña), donde se ha encontrado una figura doble incisa en la roca en la que se puede ver dos figuras contrapuestas encerradas en un contorno ovoide perteneciente al solutrense inferior. S. Giedion cree que en esta época ya existía este símbolo de fertilidad representado por un ser doble capaz de autorregeneración, que también interpreta como un ser andrógino por el curioso entrelazado de las dos figuras: «Sea cual sea la significación exacta de la figura doble de Laussel, todas las interpretaciones apuntan a un proceso de fertilidad. Es muy posible que este curioso objeto represente la manifestación más temprana de un símbolo andrógino» (Giedion, 1991: 287).

También Rebeca Horn en 1970 fusiona lo masculino y lo femenino en su pieza de performance titulada *Unicorn*, vistiéndose con un cuerno único blanco que sale de la parte superior de su cabeza, sujetado con correas que rodearían su cuerpo a la manera de Frida en su obra *La columna rota* de 1944. En esta performance, Rebeca Horn sintetizaría una etapa en la vía de la diferenciación que consistiría en el desarrollo psíquico o unidad asexual, que también tendría que ver con la sublimación sexual: «Este cuerno único se ha comparado a una verga frontal, a un falo psíquico» (Chevalier y Gheerbrant, 1999: 1037). El unicornio representaría un símbolo de la virginidad física y de la fecundación espiritual. Para los alquimistas sería una imagen del hermafrodita que trasciende la unión de la doble sexualidad, mientras que en la edad media se convertiría «en símbolo de la encarnación del Verbo de Dios en el seno de la virgen María» (Chevalier y Gheerbrant, 1999: 1037).

Wehr nos sugiere que las mujeres no tenemos por qué rechazar las imágenes masculinas, sino que no debemos usar estas imágenes «como una forma fraudulenta de conseguir poder femenino y pensamiento legitimador femenino» (Wehr, 2010: 78), ya que si solo nos limitamos a reproducir una situación de poder que existe en la sociedad no lograríamos liberar en las mujeres su *animus*. Aunque este hecho no impide que las mujeres reconozcamos el sexismo y tratemos de extirparlo para que «la terapia sea liberadora» (Wehr, 2010: 78). C. Zweig cree como lo masculino padecería un desequilibrio por la pérdida de lo femenino en las mujeres, por lo que tendría que

producirse una renovación, un esclarecimiento y un renacimiento: «A medida que el arquetipo de lo femenino consciente se despliega en la consciencia, su arquetipo aliado cambia también. Tampoco hemos conocido nunca lo masculino consciente. Hemos confundido el principio de poder patriarcal, que controla y altera la naturaleza a toda costa, con lo masculino» (2010: 257).

### **III. EL CARÁCTER BISEXUAL DEL SER HUMANO COMO META UNIFICADORA**

La reunión de los contrarios sería un proceso definido por C. G. Jung como de individuación constituyendo la distinción entre el yo empírico y el del hombre universal, siendo este hecho de vital importancia, ya que tendría que ver con nuestra evolución. Este proceso de integración de los opuestos estaría dirigido no por el yo consciente, sino por las tendencias arquetípicas e instintivas de lo inconsciente, manifestándose como un movimiento espontáneo hacia la totalidad, integridad y diferenciación de las potencialidades innatas del individuo, es decir, como el proceso de la constitución y particularización de la esencia individual, de la conversión en el «sí-mismo» que sería un arquetipo que compensaría nuestro conflicto interior-exterior, siendo la meta de la vida: «Se alcanza la meta de la individuación con la sensación del sí-mismo como algo irracional, un ente indefinible al que yo se opone ni está sometido, sino del que depende y en torno al que gira en cierto modo como la Tierra alrededor del Sol». (Jung, 2019: 104-105)

D. De Bus señala como el camino de individuación significaría que el ser humano se ponga al unísono con su verdadera naturaleza, de manera que cuando este proceso psicológico se pone en marcha la vida del individuo comenzaría a ser «regida por un centro de gravedad y una organización que incluye realidades transpersonales e inconscientes» (2010: 90). Las formas de regir nuestra vida personal a través de esta regencia del Yo irían cambiando a medida que continuamos el proceso de individuación. El Yo apoyaría «una unión de opuestos interiormente reconciliados», de manera que buscaríamos en el entorno nuestro opuesto interior que nos daría «sanación y conocimiento» (Bus, 2010: 91). Sin embargo, no solemos hacer este viraje hacia el interior: «Esta imágenes, cuando se proyectan sobre otra persona en una relación, aportan posibilidades instintivas, sexuales, eróticas, afiliativas y espirituales» (Bus, 2010: 91). El proceso de individuación significaría un sacrificio que propiciaría la ampliación de

nuestra consciencia identificando este proceso con «una plenitud omniabarcante más que una perfección puntual» (Bus, 2010: 98-99).

La artista Katharina Steverding no rechazaría su lado masculino y trataría de comprender su lado opuesto. En 1973 realiza su obra *Transformer*, representando su rostro como una gran máscara donde imita al hombre y viceversa, mediante un montaje fotográfico con su compañero Klaus Mettis, cuyo peinado y maquillaje serían tan idénticos que no se distinguían el uno del otro. La artista confiesa que mediante este tipo de manifestaciones se pone «en el papel del hombre para comprender el punto de vista contrario», afirmando que «la conquista de otro género tiene lugar en uno mismo» ( en Jones, 2006: 141). Esta acción de Steverding tendría que ver con el término empleado por C. G. Jung llamado *persona*, que sería la imagen representativa del arquetipo de la adaptación a la realidad externa y a la colectividad, apareciendo «en los sueños bajo el aspecto de ropas, uniformes y máscaras» (Witmont, 2010: 39). Estas representaciones jugarían con la confusión de los sexos como explica E. Pérez de Carrera, que afirma como habría otro tipo de arquetipos conscientes indiciados por los intereses, que serían los modelos o estereotipos que apresarían al individuo entre dos mundos, a los que define como lo «colectivo aparential» y la «imagen de espejo de un sueño» (Pérez de Carrera, 2004: 135), de forma que, en este estado de confusión, se estaría presentando el mito sexual como algo que estaría influyendo en toda nuestra vida, a lo que habría que añadir el fenómeno de los papeles cambiados o confusos:

En la sociedad humana se repite un fenómeno inverso a la mayoría de las especies animales: la hembra se viste de colores y el macho se uniforma de gris, y paralelamente, desde una estructura morfológica bípeda y erecta, la mujer es, dentro de los llamados mamíferos, la hembra que más esconde el sexo, y el varón, con respecto a los otros machos, quien lo exhibe de forma más evidente. (Pérez de Carrera, 2004: 135)

Gran parte de las divinidades de la luna y la vegetación tendrían una doble sexualidad como vemos en «Artemisa, Atis, Adonis, Dionisios, algunas divinidades indias lo mismo que otras australianas, escandinavas o chinas, tienen una sexualidad muy variable. De ahí esas curiosas diosas barbudas como Cibele frigia, la Dido-Astarté cartaginesa, la Fortuna y la *Venus barbata* romana» (Durand, 1981: 277). C. G. Jung en su obra maestra *Mysterium Coniunctionis* afirma que los alquimistas concebían la Luna como «un reflejo de la femineidad inconsciente del hombre, pero también es el principio de la psique

femenina» (Wehr, 2010: 67). Este arquetipo de lo femenino tendría su resonancia en ambos sexos «especialmente en su aspecto maternal y de diosa» (Wehr, 2010: 69). Este sentido simbólico es recogido por la artista Judy Chicago en su obra titulada *The dinner Party* de 1979, donde lleva a cabo su gran instalación feminista en forma de banquete triangular, invitando metafóricamente a mujeres de la civilización occidental y de su mitología, representadas por treinta y nueve platos de cerámica pintados a mano donde aparece la imagen de la vulva a la que considera el «núcleo central» femenino, con nombres como la *Diosa Primordial*, la *Diosa Fértil*, *Ishtar*, *Kali*, *Sofía* o la *Diosa Serpiente* entre otras, reivindicando así la caída del matriarcado y la opresión patriarcal a través de estos *mandalas*, símbolos del «sí-mismo» que nos enfrentarían a un camino de cambio y reevaluación tan presente a lo largo de su trayectoria. En 1970 se cambiará de nombre para así poder ser reconocida como mujer artista, pasando a llamarse Chicago en vez de Gerowitz; la creadora posará vestida de boxeador con una sudadera con su nuevo nombre y en el mismo cuadrilátero donde entrenaba Mohamed Alí en su acción titulada *Boxing Ring*, donde parodia los anuncios y carteles sexistas de artistas masculinos presagiando como ella misma escribe en su biografía «el momento en que las mujeres de todo el país salieron a luchar para provocar de alguna forma un cambio en la profunda discriminación del mundo del arte» (citado en Jones, 2006: 137).

El arte de las mujeres nos redescubriría otra dimensión del ser humano mediante imágenes y representaciones arquetípicas capaces de desarrollar nuestra consciencia y captar aspectos ocultos de nuestro ser que nos lleven a otro modelo social donde la fuerza y el poder de lo femenino comiencen a cambiar nuestras vidas. L. Nochlin, en su ensayo de 1971 titulado *¿Por qué no ha habido grandes mujeres artistas?*, llega a la conclusión de cómo sería nuestro modelo social e institucional el que a lo largo de nuestra historia no estaría valorando realmente a la mujer artista en toda su dimensión creativa, frente a sus contemporáneos masculinos, señalando como el arte ya no sería «una actividad autónoma y libre de un individuo superdotado “nfluido” por los artistas anteriores y, de forma más vaga y superficial, por las “fuerzas sociales”» (1971: 7).

Las mujeres artistas ya estarían demandando una concepción más femenina-maternal de nuestro mundo, buscando esta reconciliación de los contrarios, como afirmaba Louise Bourgeois acerca de su instalación titulada *I Do, I Undo, I Redo* de 1999-2000: «En las relaciones con los demás, ha habido una reparación y se ha alcanzado la reconciliación.

Las cosas han regresado a la normalidad. Vuelve a haber esperanza y amor» (citado en Morris, 2004: 72).

## CONCLUSIONES

El arquetipo de la madre tendría que ver con modelos universales de nuestra psique, teniendo su influencia en ambos sexos, especialmente en su aspecto de símbolo unitivo universal que se manifestaría en el arte como un ser bisexuado, capaz de aglutinar polaridades y de enfrentar al artista y al espectador con las profundidades de su pasado evolutivo, pero también con nuestro futuro. Esta identidad de los sexos se expresaría en el arte mediante arquetipos relacionados con el poder fecundador de lo femenino, que manifestaría al mismo tiempo nuestro poder masculino, a través de una obra profundamente ritualizada que las artistas mujeres utilizan como crítica social o como búsqueda personal como vemos en Louise Bourgeois, Carolee Schneemann, Rebeca Horn, Miriam Schapiro, Mary Beth Edelson, Kiki Smith, Ana Mendieta, Eglé Rakauskaitė o Judy Chicago, entre otras.

## BIBLIOGRAFÍA

- BIEDERMANN, Hans. *Diccionario de símbolos*. Barcelona: Paidós, 1996.
- BUS, David de. El yo es una diana móvil: el arquetipo de la individuación. En: Downing, Christine (ed.). *Espejos del yo, Imágenes arquetípicas que dan forma a nuestras vidas*. Barcelona: Kairós, 2010, pp. 87-99.
- CHEVALIER, Jean; GHEERBRANT, Alain. *Diccionario de los símbolos*. Barcelona: Herder, 1999.
- CIRLOT, Juan. Eduardo. *Diccionario de símbolos*. Barcelona: Labor, 1969.
- DUNN, Manuela. *Diosas. La canción de Eva*. Barcelona: Ediciones Robinbook, 1990.
- DURAND, Gilbert. *Las estructuras antropológicas de lo imaginario. Introducción a la arqueología general*. Madrid: Taurus, 1981.
- FRANZ, Marie-Louise von. *Alquimia. Introducción al simbolismo*. Barcelona: Océano, 1999.
- GIEDION, Sigfried. *El presente eterno: los comienzos del arte*. Madrid: Alianza Editorial, 1991.
- HEARTNEY, Eleanor. *Arte hoy*. Barcelona: Phaidon Press Limited, 2008.
- IRIGARAY, Luce. *En el principio ere ella. Un retorno al origen griego arcaico de nuestra cultura*. Barcelona: La llave, 2016.

- HILLMAN James. Anima: Guía hacia el alma. En: Christine Downing (ed.). *Espejos del yo, Imágenes arquetípicas que dan forma a nuestras vidas*. Barcelona: Kairós, 2010, pp. 58-60.
- JUNG, Carl Gustav. *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*. Barcelona: Paidós, 1993.
- JUNG, Carl Gustav. *AION. Contribución a los simbolismos del sí-mismo*. Barcelona: Paidós, 1995.
- JUNG, Carl Gustav. *Recuerdos, sueños, pensamientos*. Barcelona: Seix Barral, 1996.
- JUNG, Carl Gustav, et al. *El hombre y sus símbolos*. Barcelona: Caralt, 1997.
- JUNG, Carl Gustav. *El libro rojo*. Buenos Aires: El hilo de Ariadna, 2019.
- JONES, Amelia. *El cuerpo del artista*. London: Phaidon, 2006.
- MAYAYO, Patricia. *Louise Bourgeois*. Hondarribia: Nerea, 2002.
- MORRIS, Frances. *Louise Bourgeois. Tejiendo el tiempo*. Málaga: CAC Málaga, 2004.
- NOCHLIN, Linda. ¿Por qué no ha habido grandes mujeres artistas? En: Cordero Reiman, Karen; Sáenz, Ina. *Crítica feminista en la teoría e historia del arte*. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México, 1971, pp. 17-41.
- PÉREZ DE CARRERA, Eduardo. *49 respuestas a la aventura del pensamiento. Tomo I*. Madrid: Fundación Argos, 2004.
- RECKITT HELENA; PHELAN, Peggy. *Arte y feminismo*. Barcelona: Phaidon Press Limited, 2005.
- SORROSAL ZUMETA, Nelida, Elogio a la maternidad. En: *Medicina Naturista*. 2019, vol. 13, núm. 2, pp. 33-39.
- WALKER, Mitchell. El doble ayudante interior del mismo sexo. En: Downing, Christine (ed.). *Espejos del yo, Imágenes arquetípicas que dan forma a nuestras vidas*. Barcelona: Kairós, 2010, pp. 81-86.
- WEHR, Demaris. Animus: el hombre interior. En: Downing, Christine (ed.). *Espejos del yo, Imágenes arquetípicas que dan forma a nuestras vidas*. Barcelona: Kairós, 2010, pp. 61-80.
- WHITMONT, Edward C. La persona: la máscara que usamos en el juego de vivir. En: Downing, Christine (ed.). *Espejos del yo, Imágenes arquetípicas que dan forma a nuestras vidas*. Barcelona: Kairós, 2010, pp. 39-44.
- ZWEIG, Connie. Lo femenino consciente: nacimiento de un nuevo arquetipo. En: Downing, Christine (ed.). *Espejos del yo, Imágenes arquetípicas que dan forma a nuestras vidas*. Barcelona: Kairós, 2010, pp. 246-257.

# «YO SABÍA QUE NADIE ME IBA A JUZGAR»: LA ADICCIÓN AL JUEGO ONLINE DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO<sup>1</sup>

*“I Knew Nobody Would Judge Me”:* Addiction to Online Gambling from a Gender Perspective

Alicia Rius-Buitrago<sup>1</sup>, Isabel Soriano-Villarroel<sup>2</sup>, Hibai López-González<sup>3</sup>

Autora correspondencia: Alicia Rius-Buitrago

Correo electrónico: [alicia@imcasociacion.org](mailto:alicia@imcasociacion.org)

1. Instituto Mujeres y Cooperación. (*Madrid, España*)
2. Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS). (*Madrid, España*)
3. Institut d'investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL). (*Barcelona, España*)

Recibido: 15/04/2020 Aceptado: 31/07/2020



---

<sup>1</sup> El trabajo que ha dado lugar a este artículo ha recibido una financiación de 12 000€ del Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad) a UNAD (Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente).

## RESUMEN

**OBJETIVOS.** Aproximarse a los problemas específicos de las mujeres con trastorno de juego online desde la perspectiva de género. **MATERIAL Y MÉTODO.** Estudio cualitativo realizado en 2019 mediante 10 grupos de discusión formados por pacientes en tratamiento y profesionales. Seis grupos fueron con pacientes mayores de edad en tratamiento por juego online. Se complementaron con una entrevista individual a una mujer en tratamiento. Cuatro fueron a profesionales (psicólogos/as y trabajadores/as sociales) con experiencia en el tratamiento del juego online. En total, se analizaron los discursos de 41 pacientes (3 mujeres y 38 hombres, con una edad media de 30 años) y 28 profesionales (20 mujeres y 8 hombres, con una media de 36 años). **RESULTADOS.** Se presentan los resultados de los 12 nodos codificados en el conjunto de la investigación relativos a cuestiones de género, resumidos en 5: Masculinidad hegemónica; Jugadoras online: escasa presencia y visibilidad; Doble penalización, estigma y violencia; Mayor comorbilidad asociada a los mandatos de género: jugar para evadirse; Mujeres solas y dificultades para acceder a los recursos. **CONCLUSIONES.** Durante el estudio se han confirmado hallazgos previos de la literatura que asimilaban la adicción a sustancias con el juego patológico online en las mujeres. Esta similitud se basa, entre otros, en los motivos que desencadenan la adicción, la mayor comorbilidad, el estigma y doble penalización, las intersecciones con las violencias de género, la soledad a la hora de afrontar los tratamientos y la invisibilidad en los servicios.

**Palabras clave:** Juego online; Género; Masculinidad; Mujer; Tratamiento.

## ABSTRACT

**AIM.** To approach the specific problems of women with online gambling disorder from a gender perspective. **MATERIAL AND METHOD.** Qualitative study carried out in 2019 through 10 discussion groups made up of patients under treatment and professionals. Six were with patients of legal age in treatment for online game related disorders. They were complemented by an individual interview with a woman in treatment. Four went to professionals (psychologists and social workers) with experience in dealing with online gambling. In total, the speeches of 41 patients (3 women and 38 men, with an average age of 30 years) and 28 professionals (20 women and 8 men, with an average of 36 years) were analyzed. **RESULTS.** The results of the 12 nodes coded in the whole of the research related to gender issues are presented, summarized in 5: Hegemonic masculinity; Online players: little presence and visibility; Double penalization, stigma and violence; Greater comorbidity associated with gender mandates: playing to escape; Single women and difficulties in accessing resources. **CONCLUSIONS.** During the study, previous findings from the literature that assimilated substance addiction with online pathological gambling in women have been confirmed. This similarity is based, among others, on the reasons that trigger addiction, greater comorbidity, stigma and double penalization, intersections with gender violence, loneliness when facing treatments and invisibility in services.

**Keywords:** Online Gambling; Gender; Women; Masculinity; Treatment.

## INTRODUCCIÓN

En España, la memoria anual de la Dirección General de la Ordenación del Juego (DGOJ 2016) recoge que el 0,9 % de las personas adultas (alrededor de medio millón) son jugadoras patológicas, es decir, que cumplen cuatro o más de los síntomas descritos en el DMS-5. Según la encuesta EDADES 2019 se estima que el 0,3 % del total de la población de entre 15 y 64 años ha padecido este trastorno en el último año.

Según el mismo informe, el número de jugadoras y jugadores activos en el país ha pasado de 637 000 en 2013 a 1 465 000 en 2018, con una media aproximada de dos cuentas online activas por cada persona usuaria registrada, siendo el 85 % hombres y el 15 % mujeres. Este crecimiento es posible debido a los cambios legislativos sucedidos en mayo de 2011, que regularon el juego online y abrieron el mercado para que las empresas del sector solicitasen licencias para operar mediante dominios *.es* dentro del territorio español.

El juego online supera al juego tradicional en la velocidad y frecuencia de juego, lo cual es en sí mismo un factor de riesgo elevado debido a su mayor *adictividad* (Gray, LaPlante, Shaffer, 2012; Lopez-Gonzalez, Estévez, Griffiths, 2018b). Esto promueve que la generación de deuda sea más rápida y el problema tenga una evolución más corta e intensa, aunque las mujeres gastan de media 276 euros anuales, casi la mitad que los hombres, con 484 euros anuales (DGOJ 2019). Este dato quizás es debido al menor poder adquisitivo de las mujeres (ONU Mujeres, 2019; FMI, 2019; Gómez, 2002). Además, si analizamos el tipo de juego por sexo, los hombres prefieren los de acción (el doble que las mujeres), mientras que ellas eligen los juegos sociales hasta tres veces más que los hombres (Frank N. Magid Associates, 2013), manteniéndose también vigentes en este ámbito los estereotipos de género (Bruehl dos Santos, 2008).

Según apuntan varios autores y autoras, alrededor de un 30 % de las personas afectadas por trastorno de juego son mujeres, pero solo un 10 % busca ayuda terapéutica (Kim, 2016; Granero, 2009; Tavares, 2001; Potenza, 2011). ¿Por qué? Desafortunadamente es escasa la investigación relativa al juego online y las mujeres. Por ello es necesario avanzar en el análisis de los motivos que dificultan el acceso de las mujeres a los recursos de atención como la socialización diferencial de género, la invisibilidad del consumo, la diferencia en el apoyo social y familiar recibido (doble penalización en las mujeres) o la dificultad en el acceso y permanencia al tratamiento en

mujeres (comorbilidad y correlación con otros problemas como violencia de género) (Martínez Redondo, 2008).

Las mujeres con trastorno por juego online patológico, al igual que las que consumen de forma abusiva algún tipo de sustancia, tienen múltiples desventajas a la hora de iniciar, mantener o beneficiarse de los tratamientos existentes, ya que el sesgo en la atención ha tomado como referencia a la población masculina. Unido a esto, las problemáticas biopsicosociales asociadas al problema de adicción que presentan las mujeres están ocultas porque todavía se detecta una falta de formación en perspectiva de género por parte del conjunto de profesionales, elementos que complican el tratamiento (Fundadeps, 2018; Martínez Redondo, 2008).

El objetivo de este artículo es contribuir al conocimiento sobre los problemas de juego de azar online en las mujeres para mejorar su tratamiento y contribuir a su visibilidad.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Este estudio asume un enfoque cualitativo e incorpora la perspectiva de género de forma transversal en el planteamiento y el análisis de los resultados de la investigación.

El artículo hace referencia a los resultados obtenidos en materia de género durante la investigación *Dificultades en el tratamiento del juego online: recomendaciones de profesionales y personas atendidas* (Lopez-Gonzalez et al, 2019).

El enfoque cualitativo se materializó a través de la realización de grupos de discusión (GD) y una entrevista individual con dos colectivos diferentes: (1) personas atendidas por problemas de juego online con un diagnóstico de trastorno de juego y (2) profesionales con experiencia en tratar dicho trastorno. La Tabla 1 muestra los principales descriptores de los grupos de discusión.

**Tabla 1.** Diseño de la muestra de la investigación, técnicas aplicadas y contenidos de los guiones de conducción

Colectivo	Técnica	Número de participantes*	Contenido de los guiones de conducción
Personas atendidas por trastorno de juego	6 grupos de discusión	40 (2, 38)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diferencias entre juego on-line vs off-line</li> <li>- Relación con otros consumos online</li> <li>- Atracción de la interfaz</li> <li>- Depósitos y retiradas</li> <li>- Combinación de juego on-line y off-line</li> <li>- Facilitación social en internet</li> <li>- Barreras percibidas de entrada al tratamiento</li> </ul>
	1 entrevista individual	1 (0,1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivación para jugar</li> <li>- Atracción al juego</li> <li>- Hábitos de juego</li> <li>- Socialización on-line vs off-line</li> <li>- Barreras de entrada para recibir ayuda</li> <li>- Apoyo familiar</li> <li>- Barreras durante el tratamiento</li> </ul>
Profesionales de la salud mental	4 grupos de discusión	28 (20, 8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diferencias de perfiles respecto a jugadores/as presenciales</li> <li>- Barreras de entrada al tratamiento</li> <li>- Barreras durante el tratamiento.</li> <li>- Cogniciones sobre juegos azar/habilidad</li> <li>- Diferencias entre mujeres y hombres</li> </ul>

Nota: \*Entre paréntesis el número de mujeres y el número de hombres.

Se llevaron a cabo un total de 10 GD en las ciudades de A Coruña, Leganés, Madrid, Oviedo, Sevilla, Toledo y Vigo. Por tanto, en total se contó con 69 personas, 23 mujeres y 46 hombres). Se pretendía realizar entrevistas a mujeres de forma individual con el fin de que tuvieran un espacio seguro y confidencial en el que poder expresar sus vivencias con el juego, y las posibles discriminaciones y violencias asociadas, pero pese a los reiterados intentos por conseguir una muestra con más mujeres jugadoras, debido a su escasa presencia en los recursos de atención, finalmente solo se pudo entrevistar a tres. Una de forma individual y otras dos en el contexto de los GD.

Los GD, diseñados y conducidos por el equipo investigador, tuvieron una duración media de 73 minutos. Todas las transcripciones se analizaron por dos investigadores/as del equipo y posteriormente se pusieron en común y se discutió la interpretación de los resultados. La técnica de análisis utilizada se ha basado en el análisis temático (AT; Braun & Clarke, 2006). Para ello se ha utilizado el software NVivo 11 para Mac, a través el cual se extrajeron un total de 58 temas preliminares.

Durante la redacción, se utiliza el masculino genérico para referirse exclusivamente a jugadores hombres; en los casos en los que incluye tanto a hombres como a mujeres, se duplica el sujeto o se utilizan fórmulas que no connotan sexo.

## **RESULTADOS**

Los resultados del estudio original se agruparon en tres bloques: la opinión de quienes juegan; la opinión de quienes tratan a quienes juegan; y las cuestiones de género. En el presente artículo, se presentan de manera agrupada en cinco nodos los resultados relacionados con este último bloque de género: Masculinidad hegemónica; Jugadoras online: escasa presencia y visibilidad; Doble penalización, estigma y violencia; Mayor comorbilidad asociada a los mandatos de género: jugar para evadirse; Mujeres solas y dificultades para acceder a los recursos.

Debido a la escasa participación de las mujeres con trastorno por juego online en el estudio, los resultados se apoyan principalmente en el análisis del discurso de profesionales y en el contraste de este con la visión de algunas personas en tratamiento. Esto supone una limitación en el análisis de los resultados, ya que carece del discurso de las propias mujeres.

### **Masculinidad hegemónica**

El hecho de que los hombres estén socializados en valores predominantemente masculinos es un dato que quizás explique y ayude a entender porque la mayoría de las personas que desarrollan conductas de juego patológico son varones. El riesgo y la individualidad forman parte de estos valores. Las actitudes vinculadas a lo masculino suponen un obstáculo propio para los hombres en tanto que:

(a) les entorpece el trabajo personal hacia la recuperación, pues no hacen una reflexión introspectiva: (Paciente 38, Leganés) «Desde que hemos llegado aquí (hablo del tema de juego) no hemos pensado ninguno el tema de los sentimientos, el carácter o la forma que tienes tú de ser. Y muestran conductas más resistentes a la hora asumir las normas»; (Prof. 65, Madrid): «Empiezas por el control económico: qué cantidad asignas, qué no asignas. El hombre siempre demanda más de lo que le pones. “Es que, claro, ¿cómo voy a ir sin dinero? ¿Cómo no voy a tener libertad? ¿Cómo no voy a tener?”. Y la

mujer viene un poco como diciendo: “Lo que digáis, lo que digáis, incluso prefiero no manejar nada...”».

(b) tienen diversas resistencias a reconocer el problema: (Paciente 40, Leganés) «Pues yo era la primera vez que bajaba a hablar con mi padre y bajé nervioso, nunca había ido a hablar con él, nunca le había contado nada... Era mi primer momento hablando con él...». Unido a esto, los hombres son conscientes de los permisos que el sistema les concede por el hecho de ser hombres (anonimato, ausencia de juicio social, etc.) elementos externos todos ellos facilitadores del juego online (Paciente 33, Sevilla): «En las máquinas, en el móvil... pero la cuestión principal era esa, yo sabía que nadie me iba a juzgar». Este tipo de actitudes ligadas a la masculinidad tradicional, como fanfarronear con los amigos o seguidores en redes sociales sobre las ganancias como símbolo de poder aportan seguridad y favorecen el mantenimiento de la adicción.

El ejercicio de poder también se ha presentado en los hombres entrevistados en modo de violencia psicológica hacia sus parejas. Algunos jugadores relataban que, cuando sus parejas sospechaban de que estaban jugando, ellos lo negaban rotundamente, acusándolas de estar «locas». Esta estrategia puede encuadrarse dentro de un comportamiento de *gaslighting* relacionado con violencia psicológica: (Paciente 40, Leganés) «Yo he llegado a estar en el coche con mi novia, y mi novia preguntarme que qué estaba haciendo y yo decirle “¿cómo voy a estar apostando?, ¿te das cuenta de que estás loca?”».

En sus procesos de rehabilitación, esta identificación con la masculinidad tradicional también influye en la resistencia mostrada por los hombres a recibir ayuda. Los hombres jóvenes, a pesar de estar acompañados en los procesos de rehabilitación con mucha más frecuencia que las mujeres, no siempre reciben de buen grado este apoyo y a menudo no reconocen el valor del trabajo de cuidados, respondiendo con conductas agresivas y violentas que ponen en riesgo tanto el proceso como a las personas de las que dependen (en el caso de los menores de edad). (Prof. 48, Toledo): «Nada, se cabrea muchísimo en las sesiones de grupo, muy agresivo, falta de control de impulsos y de autocontrol, y al final, se acaba apartando del grupo, los padres están fatal... y ha intentado por ejemplo pagar la deuda con otros delitos, por ejemplo, traficando con droga, lo que le ha metido en otros problemas claro...».

En esta misma línea se ha detectado que los hombres presentan mayores conductas delictivas que las mujeres, como el robo o la venta de drogas, que, unido a la solicitud de

microcréditos para poder afrontar las deudas, favorece el rápido endeudamiento y con ello la detección temprana del problema, sobre todo en población menor de edad.

Destaca la escasa importancia que se da, tanto por pacientes como por profesionales, al hecho de que los pacientes desatiendan el trabajo de cuidados familiares. Esto se refleja en la naturalización de que los hombres no tienen responsabilidades familiares más allá de las aportaciones económicas (estereotipo del *breadwinner*) y en la autoindulgencia con la que muchos hombres han mencionado situaciones de falta de corresponsabilidad en el cuidado. Además, en los discursos de las y los profesionales apenas aparecen relatos relacionados con hombres que no han cuidado de sus familias, que han permanecido ausentes de la crianza de sus hijas e hijos, etc.

A lo largo de la investigación, se han detectado algunos casos en los que se reproducen estereotipos de género por parte de las y los profesionales, por ejemplo, en relación con el mandato social de la maternidad. En el caso que se expone a continuación se estaba hablando sobre las estrategias para explicar la problemática del juego a pacientes jóvenes. (Prof. 54, Toledo): «¿Sabes lo que me funciona a mí, particularmente, muy bien? Los ejemplos de las mujeres jugadoras. Ahí se ve perfectamente que, si no fuese una enfermedad, una madre no actuaría de esa manera y no se olvidaría de recoger a los niños del colegio». En otros casos se ha ponderado especialmente la dejación de los deberes de cuidado de una mujer adicta. (Prof. 54, Toledo): «Tenemos un caso [...]. La madre que tenía una niña con necesidad de una leche especial. Aguaba los biberones. Entonces, cuando ella empieza a rehabilitarse, se da cuenta como madre cómo ha podido hacer eso, que a su hija ella la ha criado con biberones aguados».

### **Jugadoras online: escasa presencia y visibilidad**

En relación con las mujeres que juegan de forma online, el primer resultado con el que nos encontramos es la escasa presencia y visibilidad que tienen en el entorno de juego presencial. Esto se puede deber a varios factores: las mujeres perciben los salones de apuestas como lugares inhóspitos e incómodos donde no se sienten a gusto. Además, las pocas veces que entran en un salón suele ser acompañando a la pareja (un hombre), y nunca van en grupo de chicas ni participan en los grupos de WhatsApp en los que se discute de apuestas deportivas.

Hay profesionales que consideran que las mujeres optan por el juego online al sentirse incómodas en algunos sitios de juego mayoritariamente masculinos. Existe, de hecho, la

sensación de que puede haber más mujeres en el juego online de las que se detecta porque guarda similitudes con el «esconder» la adicción que se da en el consumo de sustancias. Jugar online te da anonimato y, en este sentido, podría haber más consumo femenino del que reportan los estudios.

También se ha valorado que, al tratarse el juego online de una práctica más aislada y menos sociable, en las mujeres puede que se den factores de control que no se dan cuando el juego es un factor de socialización. (Prof. 56, Madrid): «Con las mujeres [...] este aspecto quizás más gregario de quedar con mucha gente también era algo más solitario en este sentido».

Respecto al modo de apostar, el papel que juega el autocontrol en las mujeres, derivado de las responsabilidades de cuidado y reproducción social que el sistema de género les asigna, hace que la manera de apostar y jugar difiera de la masculina. La manera de apostar se correlaciona con el nivel de endeudamiento, por lo que la consecuencia lógica es que los hombres se endeudan más y de manera más rápida. Esta opinión se ve avalada por la experiencia en atención de varios profesionales. (Prof. 44, Toledo): «Llevo un año y unos meses en este mundo de la ludopatía y yo sí que veo un perfil de chavales jóvenes, (chicas no...) que tienen una deuda bastante grande en poco tiempo».

### **Doble penalización, estigma y violencia**

En esta similitud con el consumo de sustancias, parece que las jóvenes con problemas de juego online temen visibilizarse en los servicios, entre otras cosas, por la doble penalización social que supone quebrantar los roles de género al presentar una adicción al juego online. (Prof. 52, 54, 53 Toledo): «Creo que hay menos chicas que chicos jugando online, aunque también las chicas dan menos la cara, lo hacen más a escondidas»; «Es que estamos en lo de siempre, socialmente hay una doble penalización».

Esta doble penalización impacta de forma directa en la autoestima de las mujeres, hecho que no favorece la recuperación, y que requiere de una atención enfocada también a la ruptura de estos mandatos. (Prof. 52, Toledo): «La mujer tiene que ser la que cuide de los niños, la que haga todo... Entonces, la mujer no puede ser la que esté enganchada. Porque no, porque tiene que dedicarse a sus hijos».

Como profesionales, han visto muchas veces cómo se desautoriza a las mujeres que destapan su problema. (Prof. 65, Madrid): «Sí, es que claro, el estatus que pierden cuando

tienen un problema de adicciones es brutal. O sea, son malas madres, son malas trabajadoras, son malas mujeres, son malas».

También hay una creencia fuertemente arraigada entre profesionales y personas adictas que se ha repetido en varios grupos y que tiene que ver con penalizar a las mujeres porque gastan un dinero que no es suyo. (Prof. 42, Toledo): «La mujer cree que se está gastando el dinero de la familia, el hombre piensa que se está ganando su dinero».

Por otro lado, y al igual que sucede con el consumo de sustancias, en las mujeres con trastorno por juego online se detectan situaciones de violencia de género (previo y/o presente) en el ámbito de la pareja, violencia sexual, abuso sexual en la infancia, o maltrato familiar. (Prof. 62, Madrid): «Se asemeja en otro aspecto que a mí me ha resultado curioso, que es la presencia de malos tratos, muy parecido a adicciones con sustancia».

En los grupos de discusión de profesionales, incluso se habla de que esta prevalencia se ha estudiado a través de alguna pequeña investigación de sus entidades (Prof.64, Madrid): «Sí que hemos tenido algún estudio reducido a nuestro propio ámbito de actuación: el centro de día de la asociación, en el que vemos que el maltrato era una cuestión bastante frecuente, no solo durante la situación de juego, sino incluso anterior, en la propia relación de pareja».

A pesar de que las preguntas sobre la presencia de violencia no están contempladas habitualmente en las fichas de atención, sí se han comentado varios casos en los que este dato ha surgido, bien en la terapia, bien en los grupos (Prof. 59, Madrid):

Yo si me acabo de acordar, de una mujer de juego online, que empezó en casino. Es una mujer de cincuenta y pocos años, separada, se separó ella porque había maltrato psicológico. No fue bien visto ni por su expareja, que todavía... le trae problemas con respecto a sus hijos, ni por sus hermanos, ni por su hermana, que además eran amigas. Entonces se vio muy sola y empezó con el juego.

También se relatan otro tipo de violencias machistas sufridas por parte de algunas mujeres jugadoras de videojuegos online como agresiones verbales y micromachismos. (Prof. 54, Toledo): «¿Y los videojuegos? También hay muchísimas chicas donde además hay un gran problema. Ahí sí que hay un gran problema de género. Son maltratadas según

cuentan muchas de ellas, digamos que por la terminología o el chaval que juega con ellas: “Tú sabes menos...”, los micromachismos».

### **Mayor comorbilidad asociada a los mandatos de género: jugar para evadirse**

En relación con la comorbilidad, además de estas violencias, el conjunto de profesionales que han participado en los grupos de discusión relataba que las mujeres acuden con mayores problemáticas asociadas al juego que los hombres, muchas de ellas derivadas de las relaciones de género. (Prof. 52, Toledo): «Las mujeres suelen llegar... Para mí, mucho más depresivas. [...]. Con depresión, falta de atención por parte de su pareja...».

Se relatan muchos casos en los que las mujeres llegan al tratamiento con presencia de otros trastornos previos. (Prof. 60, Madrid): «Una mujer, que primero hizo una adicción a sustancias y luego se enganchó en juego online. [...] Era una mujer como muy enfermiza, muy patológica y con una historia familiar muy dura, y esta sí que fue su compañera la que le dijo, “o dejas esto y vas a terapia o me separo de ti,” y sigue en terapia, y la verdad que bastante bien».

En los hombres también se dan situaciones de depresión o ansiedad, pero se detectan más tarde que en las mujeres por la dificultad, como se ha visto, de introspección que algunos de ellos presentan (Prof. 48, Toledo): «¿Más comorbilidad en mujeres que hombres? En el hombre también hay mucha comorbilidad, pero se dan cuenta después, cuando ven cómo se ha desestructurado su vida desde del juego, entonces a lo mejor dicen “¡ah pues a lo mejor sí que tenía ansiedad,” “a lo mejor sí que tenía depresión,” y se dan cuenta ya en esta época... La mujer es consciente antes».

La comorbilidad asociada en las mujeres muestra que, en muchas ocasiones, la motivación inicial hacia el juego online sea evadirse de sus problemas. Las y los profesionales entrevistados señalan diferencias de motivación al juego detectadas en mujeres y hombres, concluyendo que los hombres persiguen el dinero fácil mientras las mujeres buscan distracción.

### **Mujeres solas y dificultades para acceder a los recursos**

Como sucede con el juego presencial, las mujeres de juego online que acuden a tratamiento reciben menos apoyo familiar que los hombres, lo que supone un hándicap para su recuperación. Las que sí reciben apoyo tienden a acudir con otras mujeres

(hermana, madre, hija, amiga). Algunos hombres, cuando las acompañan, no muestran deseo de implicarse en la terapia, sino que cumplen la función de dejarlas y recogerlas (Prof. 54, Toledo): «“Yo a esto no hace falta que venga, ¿no?” Y me quedé así y digo: “Juan ¿Y si te pasa a ti, tiene que venir Mari?” Y dice: “Pues tendría que venir.” Pues entonces algo pasa. Y no ha vuelto por allí».

En relación con la calidad del acompañamiento, también se mencionan las diferencias. (Prof. 65, Madrid): «Si las mujeres vienen a tratamiento el apoyo no es igual. No sé cómo decirte, cuando la que apoya es una mujer hay más seguimiento. O sea, cuando es el marido viene y “Bueno, yo voy, te acompaño, pero ya está. No me creo que tenga que hacer otra cosa.” Y luego lo notas en las pautas, vamos, en el seguimiento. O sea, cuando la pareja es hombre no se implica tanto en las pautas».

Por el contrario, los relatos de hombres que se han encontrado con el apoyo de sus mujeres y demás familia son mayoritarios en los grupos. (Paciente 40, Leganés): «[...] y me encontré que mi madre, mi hermano, todo el mundo me estaba dando su apoyo, lo que necesitase, las horas que necesitase, si hacía falta que viniese a terapia vendrían conmigo y eso, pues quieras o no quieras, te hace coger más fuerzas».

La relación de ayuda y acompañamiento que las mujeres proporcionan está presente tanto en mujeres como en hombres adictos. Por el contrario, el apoyo que ellas reciben en situaciones de juego patológico repite el mismo patrón que con el consumo de sustancias. (Prof. 52, Toledo): «Yo, una mujer que tuvimos, el marido, de hecho, la acompañó al principio y le dijo: “Pero yo tengo que decir una cosa muy clara, en el momento que vuelva a liarla, yo desaparezco.” Y, efectivamente, así fue. Recayó y el hombre desapareció. Cuando hemos visto... Yo he visto a gente que ha recaído hasta tres veces y la mujer sigue». Esto probablemente explique porque las mujeres en muchas ocasiones acuden a la ayuda profesional de manera clandestina.

En uno de los grupos de profesionales se habló del caso de las mujeres en este sentido. (Prof. 65, Madrid): «Hablamos siempre del acceso de las mujeres a este tratamiento. O sea, si ya el estigma está en “yo aquí no me identifico,” una mujer no se identifica en ningún sitio. Es como: “¿Cómo voy a reconocer que tengo este problema?” Y, claro, llegan como intentando hacer muchas cosas antes por su cuenta para que nadie se entere».

Puesto que los recursos están altamente masculinizados, el tratamiento grupal con las mujeres se vuelve complicado. Esto dificulta la llegada y permanencia de mujeres (Prof.

53, Toledo): «Toda mujer que llega allí, automáticamente, ve los usuarios que hay allí y huyen. No tenemos mujeres terapeutas y luego todos los usuarios son hombres...». Eso en el caso de que acudan, porque ya se ha comentado la dificultad de captar a mujeres en los recursos: «En nuestra entidad no huyen, no huyen porque no llegan...».

Sumado a esta masculinización de los espacios, e incluso de profesionales, se ha hablado también del juicio emitido a las mujeres en las terapias grupales. Esta conducta tutelar sobre las mujeres, considerándolas inferiores o como si fueran menores de edad, aunque tengan la misma edad y situación que los hombres, está vinculada también a la masculinidad tradicional. (Prof.52, Toledo): «A mí me ha pasado de una que venía, que de hecho era por bingo online; y realmente dejó de asistir porque se sentía atacada por los hombres... en este caso la atacaban».

## DISCUSIÓN

En este estudio se detectaron conductas de juego tanto en hombres como en mujeres que confirman los marcos teóricos previos sobre la similitud entre adicciones con sustancia y trastorno de juego. En general, podemos afirmar que hay una mayor incidencia de hombres que de mujeres afectados por trastorno de juego patológico como demuestran algunos estudios realizados a población general (Husky et al., 2015).

En cuanto a los estilos de juego, los hombres muestran preferencia por los juegos que permiten la socialización presencial, como las casas de apuestas deportivas, los casinos y otros lugares de juego. Las mujeres en cambio buscan más el anonimato y pasar desapercibidas, al igual que sucede con el consumo de sustancias.

Por otra parte, existe una diferencia en el tipo de juegos online a los que se apuesta en función del sexo. Las mujeres parece que juegan de forma virtual a los mismos juegos que de forma presencial. También juegan al póker, ruleta, apuestas deportivas, etc., pero en menor medida que los hombres. En cambio, juegan más al bingo y al parchís (Marcos et al., 2019), dato que se refuerza con la percepción de los hombres jugadores que han participado en el estudio. Estas diferencias por sexo en los tipos de juego no han desembocado en tratamientos específicos para unas y otros (Raylu y Oei, 2002; Echeburúa, 2005).

Por otra parte, la prudencia y la conservación asociadas a lo femenino frente al riesgo y el peligro asociados a lo masculino hacen que las mujeres se endeuden menos (SENDA, 2016; Bergara, 2018). Las mujeres acuden menos a pedir microcréditos.

En cuanto al apoyo recibido, podríamos decir que el sistema de género que otorga a las mujeres el rol de cuidadoras se ve alterado cuando son estas quienes requieren ayuda por cuestiones que podrían considerarse «masculinas». La mayor reprobación social unida a la falta de apoyo hace que a las mujeres les resulte más difícil reconocer el problema y que acudan en menor medida a pedir ayuda o lo hagan de manera clandestina. Puede que esto explique, al menos en parte, que las mujeres lleguen en mucha menor proporción que los hombres a los recursos de atención al juego patológico que lo que les correspondería por prevalencia (Becoña, 1998; Echeburúa, 2005). Se calcula que alrededor del 70 % de las mujeres afectadas por juego patológico no llegan a ningún recurso.

La menor presencia de mujeres desemboca en una masculinización de los recursos, factor que explica la dificultad de adherencia y permanencia en el tratamiento, ya que las mujeres que sí llegan se encuentran muchas veces en terapias con mayoría de hombres, sintiéndose incómodas o poco identificadas y no regresando. En este sentido se necesita más investigación para tener certeza en cuanto a la magnitud del problema en las mujeres, sus motivaciones para jugar, sus hábitos de juego, etc., y confirmar que su ausencia en los recursos se debe a un problema estructural de accesibilidad como sucede en el consumo de drogas, o a otro tipo de barreras específicas del juego online.

La mayor presencia de comorbilidad en mujeres que en hombres se ha visto respaldada en la investigación por los grupos de profesionales. Las mujeres adictas al juego presentan también cuadros de ansiedad y depresión, a veces anteriores a su adicción (Marcos et al., 2019).

La motivación hacia el juego online tiene un carácter más evasivo que de búsqueda de sensaciones en las mujeres (Becoña, 1998). En muchas ocasiones, tiene que ver con un refugio ante situaciones familiares difíciles. Un porcentaje elevado de mujeres con juego patológico son o han sido víctimas de violencia de género (Sirvent, 2000; Vázquez, 2012; Martínez, 2008). Pese a ello, no existen protocolos de detección y atención a la violencia de género a pesar de su alta prevalencia (Sirvent, 2000; Hakansson, 2016).

## CONCLUSIONES

El estudio pone de manifiesto la importancia del análisis de género para comprender y abordar los problemas de las mujeres y los hombres en el juego online patológico. Los resultados refuerzan la idea de que la masculinidad tradicional o hegemónica es un factor de riesgo para el desarrollo de conductas adictivas que emerge como un obstáculo a la hora de reconocer el problema y plantear el trabajo personal hacia la recuperación. Este trabajo ha complementado el conocimiento disponible en la literatura científica sobre la discriminación y el estigma asociados a las mujeres jugadoras, expandiendo sus implicaciones hacia el ámbito del juego online. El estudio sugiere que la reprobación social hacia las mujeres jugadoras, acompañada por el incumplimiento del rol de género femenino que dichas mujeres parecen transgredir con su conducta de juego, y en algunos casos, agravada por la presencia de violencia doméstica hacia ellas, hacen necesaria la incorporación de una perspectiva de género en el tratamiento del juego online.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos mostrar nuestro agradecimiento a la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), que ha facilitado el contacto con sus pacientes en tratamiento y ha cedido locales y materiales para la reunión de los grupos de discusión. Asimismo, queremos dar las gracias a las entidades asociadas a la UNAD por el acceso a sus profesionales. Por último, agradecer a todas y todos los pacientes que han contribuido a la investigación aportando sus historias vitales.

## BIBLIOGRAFÍA

- AROSTEGUI, E.; MARTÍNEZ, P. *Mujeres y drogas: Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2018.
- BECOÑA IGLESIAS, E. Características de la mujer jugadora patológica. En: *Revista de Psicopatología y psicología clínica*. 1997, vol. 2, núm. 1, pp. 21-34.
- BERGARA SAUTUA, A. Masculinidades y adicciones: ¿La droga nos hace más hombres? En: *Proyecto Hombre: revista de la Asociación Proyecto Hombre*. 2018, vol. 96, pp. 18-20.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using Thematic Analysis in Psychology. En: *Qualitative Research in Psychology*. 2006, vol. 3, pp. 77-101.

- BRIME, B., et al. *Informe sobre adicciones comportamentales. Juego y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y adicciones en España EDADES y ESTUDES*. 2019. Disponible en: [www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019\\_Informe\\_adicciones\\_comportamentales.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_adicciones_comportamentales.pdf).
- BRUEL DOS SANTOS, T. C. *Representaciones sociales de género: Un estudio psicosocial acerca de lo masculino y lo femenino*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2008. [Tesis doctoral]. Disponible en: [repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3965/27615\\_bruel\\_dos\\_santos\\_teresa\\_cristina.pdf?sequence=1](http://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3965/27615_bruel_dos_santos_teresa_cristina.pdf?sequence=1).
- DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DEL JUEGO (DGOJ). *Análisis del perfil del jugador online*. Madrid: Ministerio de Hacienda, 2018. Disponible en: [www.ordenacionjuego.es/es/informe-jugador-online](http://www.ordenacionjuego.es/es/informe-jugador-online).
- DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DEL JUEGO (DGOJ). *Datos del mercado del juego online estatal*. Madrid: Ministerio de Hacienda, 2019. Disponible en: [www.ordenacionjuego.es/es/mercado-juego-online-estatal](http://www.ordenacionjuego.es/es/mercado-juego-online-estatal).
- ECHEBURÚA, E. Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. En: *Adicciones*. 2005, vol. 17, núm. 1, pp. 11-15.
- ECHEBURÚA, E., et al. Clinical gender differences among adult pathological gamblers seeking treatment. En: *Journal of Gambling Studies*. 2011, vol. 27, núm. 2, pp. 215-227.
- EDGREN, R., et al. Gender comparison of online and land-based gamblers from a nationally representative sample: Does gambling online pose elevated risk? En: *Computers in Human Behavior*. 2017, vol. 72, pp. 46-56.
- FRANK N. MAGID ASSOCIATES. *Video Game Business Models and Emerging trends among consumers*. 2013. Disponible en: [www.businesswire.com/news/home/20130321005299/en/PlaySpan-Magid-Gamer-Survey-Finds-100-Million](http://www.businesswire.com/news/home/20130321005299/en/PlaySpan-Magid-Gamer-Survey-Finds-100-Million).
- FONDO MONETARIO INTERNACIONAL. *Las Mujeres y el crecimiento económico*. En: *Finanzas y Desarrollo*. 2019. Disponible en: [www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2019/03/pdf/fd0319s.pdf](http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2019/03/pdf/fd0319s.pdf).
- FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (FUNDADEPS). *Guía breve para la detección e intervención con mujeres en situación de drogodependencias*. 2018. Disponible en: [fundadeps.org/wp-content/uploads/eps\\_media/recursos/documentos/897/Guia-Fedra-2018.pdf](http://fundadeps.org/wp-content/uploads/eps_media/recursos/documentos/897/Guia-Fedra-2018.pdf).
- GÓMEZ GÓMEZ, E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002, vol. 11, pp. 327-334.
- GRANERO, R., et al. Sex differences among treatment-seeking adult pathologic gamblers. En: *Comprehensive Psychiatry*. 2009, vol. 50, núm. 2, pp. 173-180.

- HAKANSSON, A. Diferencias de género en el Trastorno de Juego: Desde los aspectos clínicos hasta la respuesta al tratamiento. En: *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2016, núm. 117, pp. 31-39
- HUSKY, M. M., et al. Gender differences in the associations of gambling activities and suicidal behaviors with problem gambling in a nationally representative French sample. En: *Addictive Behaviors*. 2015, vol. 45, pp. 45-50.
- KIM, H. S., et al. Gender differences among helpline callers: Prospective study of gambling and psychosocial outcomes. En: *Journal of Gambling Studies*. 2016, vol. 32, núm. 2, pp 605-623.
- LÓPEZ-GONZÁLEZ, H.; ESTÉVEZ, A.; GRIFFITHS, M. D. Marketing and advertising online sports betting: A problem gambling perspective. *Journal of Sport & Social Issues*. 2017, vol. 41, núm. 3, pp. 256-272.
- LÓPEZ-GONZÁLEZ, H.; RIUS, A.; SORIANO, I. *Dificultades en el tratamiento del juego online: recomendaciones de profesionales y pacientes*. Madrid: Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), 2019.
- MARCOS SERRANO, M.; CHÓLIZ MONTAÑÉS, M. Mujer y juego online. Propuesta de tratamiento de un caso de adicción a videobingo. En: *Informació psicològica*. 2019, vol. 117, pp. 99-104.
- MARTÍNEZ REDONDO, P. *Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias*. Salamanca: Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias, 2008. Disponible en:  
<[www.generoydrogodependencias.org/wpcontent/uploads/2010/07/perspectiva-de-g%  
c3%89nero-aplicada-a-las-drogodependencias.pdf](http://www.generoydrogodependencias.org/wpcontent/uploads/2010/07/perspectiva-de-g%c3%89nero-aplicada-a-las-drogodependencias.pdf)>.
- MOYA, M.; EXPÓSITO, F.; PADILLA, J. Revisión de las propiedades psicométricas de las versiones larga y reducida de la Escala sobre Ideología de Género Internacional. En: *Journal of Clinical and Health Psychology*. 2006, vol. 6, pp. 709-727.
- OBSERVATORIO VASCO DE DROGODEPENDENCIAS. *Estudio documental sobre drogas y violencia de género*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno vasco, 2007. Disponible en:  
<[www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/drogas-y-violencia-de-genero.pdf](http://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/drogas-y-violencia-de-genero.pdf)>.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Mujeres, Familias en un mundo cambiante: El progreso de las mujeres en el mundo 2019-2020*. Disponible en:  
<[www.unwomen.org/es/digital-library/progress-of-the-worlds-women](http://www.unwomen.org/es/digital-library/progress-of-the-worlds-women)>.
- POTENZA, M., et al. *Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline*. En: *American Journal of Psychiatry*. 2001, vol. 158, núm. 9, pp. 1500-1505.
- RAYLU, N.; OEI, T. Pathological gambling. A comprehensive review. En: *Clinical Psychology Review*. 2002, vol. 22, pp. 1009-1061.
- SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL (SENDA). *Hombres con Consumo Problemático de Drogas*.

*Tratamiento con Perspectiva de Género*. Santiago: Gobierno de Chile, 2016.  
Disponible en: <<http://copolad.eu/es/publicacion/1323>>.

SIRVENT, C. Las dependencias relacionales (D. R.): Dependencia emocional, codependencia, bidependencia. En: *I Simposium nacional sobre adicción y Mujer*. Madrid: Instituto de la Mujer/Fundación Instituto Spiral, 2000. Disponible en: <<http://fispiral.com.es/wp-content/uploads/2002/03/I-symposium-sobre-adiccion-en-la-mujer.pdf>>.

TAVARES, H., et al. Gender differences in gambling progression. En: *Journal of Gambling Studies*. 2001, vol. 17, núm. 2, pp. 151-159.

VÁZQUEZ, M. Ludopatía y mujer: un análisis desde la perspectiva de género. *IV Congreso Universitario Nacional Investigación y Género*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2012, pp. 2097-2107