

musas

Vol 8
Núm. 2
2023

Mujeres y profesionales
sanitarios: historia,
ética y política

REVISTA DE INVESTIGACIÓN

MUJER, SALUD, SOCIEDAD

ISSN 2385-7005



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

COCREANDO LA EXPERIENCIA DE PARIR PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL DE LAS MADRES

Co-creant l'experiència de parir per millorar la salut mental de les mares

Co-Creating the Birthing Experience to Improve the Mental Health of Mothers

Irene Lapuente Aguilar

La Mandarina de Newton (*Barcelona, España*)

Mi respiración es agitada. Corro por dentro de un túnel. El agua me llega a las rodillas. Corro venciendo la resistencia del agua. Ellos me persiguen. Escucho cómo me buscan. Hablan de mí. Antes de entrar al túnel he visto mensajes amenazadores en las paredes, escritos con mi propia sangre. El nivel del agua sube. Debo sumergirme. De momento aguanto sin respirar, pero no sé por cuánto tiempo. Morir ahogada o morir a manos de sus instrumentos cortantes. Vuelvo a ver mi sangre cubriendo las paredes. Me persiguen. Llevan perros.

Sueño recurrente después de un parto

Fui diagnosticada con trastorno de estrés postraumático (TEPT) tras un parto cuyo informe indica que salió todo a la perfección y por el que me felicitó el obstetra que decidió realizarme una inducción cuando no había ningún indicativo concreto de riesgo significativo. El trastorno de estrés postraumático es una afectación de la salud mental desencadenada por una experiencia aterradora y traumática. Los principales síntomas son revivir la situación una y otra vez, tener pesadillas y problemas para dormir, sentirse mal cuando cualquier detalle recuerda la situación vivida, falta de emociones positivas y sentir miedo o tristeza de forma continua e intensa. Así es como empezó mi posparto. Así es como empieza el posparto de muchas mujeres en España, y en concreto en Barcelona.

Aún estaba en el hospital, después de una inducción fallida en la que mi hija sufrió alteraciones cardíacas causadas por la intensidad y la frecuencia de las contracciones producidas por la oxitocina artificial,¹ y que terminó en una cesárea con fallos en la anestesia y la necesidad de acabar sedándome, cuando una enfermera me susurró al oído:

¹ <https://www.thewomens.org.au/health-information/pregnancy-and-birth/labour-birth/induction-of-labour>



«cuando salgas del hospital, busca una psicóloga perinatal, necesitarás ayuda». Busqué a la psicóloga perinatal y así nació Obstetric Coevolution.²

Obstetric Coevolution es una aproximación al parto desde el diseño de servicios para reimaginar la experiencia de parir. El diseño de servicios consiste en planificar y estructurar el papel de las personas, las infraestructuras, la comunicación y todos los materiales que componen un servicio para mejorarlo. Suele implicar a las personas usuarias en el proceso de transformación de la experiencia del servicio mediante dinámicas propias del pensamiento de diseño o *design thinking*. Obstetric Coevolution está planteado como un proyecto de ciencia ciudadana que cuenta con el apoyo, económico y de mentoría, de la aceleradora europea de proyectos de ciencia ciudadana IMPETUS.³ Parte de la pregunta ¿cómo afectan las prácticas obstétricas en la salud mental de la madre? Nuestra hipótesis inicial era que las inducciones y las cesáreas no son inocuas, y especialmente en relación con la salud mental de las madres. En los últimos meses, hemos entrevistado, empatizado⁴ y cocreado con una veintena de madres. Ellas nos han ayudado a corroborar nuestra hipótesis. Sí, la medicalización y la instrumentalización, y en concreto las inducciones y cesáreas, incrementan el TEPT y la depresión posparto, dificultando el vínculo y el cuidado del bebé en sus primeros meses de vida, e incluso teniendo afectaciones en la madre y la familia después de varios años del nacimiento de la criatura. Las palabras clave vinculadas a las emociones generadas durante el parto, recogidas en los dos primeros talleres de empatización con madres con los que iniciábamos el proceso de cocreación fueron: miedo, fragilidad, culpa, decepción, desconfianza, enfado, decepción y frustración. Es significativo que, en un momento tan singular en la vida de una persona, sus emociones sean tan poco alegres o esperanzadoras. Si pensamos en otros servicios mucho más anodinos, como decorar tu casa, hacer una escapada romántica, comprar por internet... sería impensable imaginar que las personas usuarias se sintieran frustradas, enfadadas o tristes y nadie hiciera nada para cambiar ese servicio.

A través del trabajo con madres y profesionales de la salud, hemos aprendido que a las mujeres que se les inicia y acelera artificialmente el parto acumularán mucha más medicalización e instrumentalización. Por lo tanto, serán más vulnerables a sufrir TEPT

² Véase: www.obstetriccoevolution.eu/.

³ Véase: <https://impetus4cs.eu/>.

⁴ Conocer los deseos y necesidades de las personas usuarias en un proceso de cocreación siguiendo metodologías propias del pensamiento de diseño o *design thinking*.

o depresión posparto. Por otro lado, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya cuenta con un protocolo de clasificación del riesgo durante el embarazo, pero no para el parto. De hecho, no podemos saber si un parto es de riesgo hasta que este se inicia; y no dejar que un parto empiece espontáneamente es un riesgo en sí mismo. Es por todo ello que cuesta entender que las cifras de inducciones en España sean más del triple —un 34,2% de mujeres son inducidas—⁵ de las que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶ —máximo un 10% de inducciones.

Fruto de los primeros talleres, identificamos cinco retos: ¿Cómo conseguimos que las madres lleguen al parto sin miedo? ¿Cómo reducimos los niveles de medicalización e instrumentalización de los partos? ¿Cómo mejoramos la experiencia del posparto para madres y profesionales de la salud? ¿Cómo mejoramos la comunicación, bidireccional, entre madres y profesionales de la salud? y ¿Cómo reducimos el TEPT y la depresión posparto en las madres?

Durante el taller de ideación, madres y profesionales de la salud imaginaron posibles soluciones para cuatro de estos cinco retos. Las propuestas incluyen: sesiones de retorno (*feedback*) de las madres con los profesionales que atendieron el parto, incluyendo la voz de las mujeres en los informes clínicos; espacios transversales y transgeneracionales donde la experiencia de las mujeres-madres en diferentes momentos de la vida pueda ser compartida e integrada por madres y profesionales; inclusión de aspectos vinculados a la mujer, la salud, la sexualidad y la reproducción en el currículum educativo; y la normalización social de las necesidades físicas y emocionales, especialmente en temas de salud mental, por parte de la madre durante el postparto. Estas iniciativas podrían ser un punto de partida para planificar y estructurar mejor la experiencia de parir.

Con el objetivo de ir más allá de resultados cualitativos como los que acabamos de compartir, el proceso participativo de Obstetric Coevolution también ha incluido la cocreación de una encuesta para validar cuantitativamente algunos de los datos obtenidos

⁵ Estadísticas de inducción (Ministerio Sanidad, 2018: p. 31): «En el año 2018, de los 250.704 partos atendidos en España, en 83.624 se indujo el parto. El porcentaje de partos inducidos en los hospitales públicos-SNS fue del 34,2% (n=77.246), continuando con la tendencia ascendente del periodo 2010-2018». Véase: www.mscbs.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf.

⁶ Inducción médica en el parto: <https://llevadorespartacasa.org/wp-content/uploads/junio-2023-induccion-parto-alpacc.pdf>. Véase también: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363138/9789240052796-eng.pdf?sequence=1>.

en la fase de empatización de los talleres de cocreación. Esta encuesta está actualmente activa y se puede encontrar en el siguiente enlace: <https://lmdn.typeform.com/obcoe>.

La voluntad del proyecto *Obstetric Coevolution* en esta primera etapa, es validar la hipótesis inicial —las inducciones y las cesáreas no son inocuas, y especialmente en relación con la salud mental de las madres— y empezar a reimaginar el servicio que dan los organismos de salud oficiales a las madres cuando llega el final del embarazo. Aun así, queremos ir más allá. Esperamos hacer crecer el proyecto y conseguir un impacto significativo en el ámbito científico, social y político. El objetivo final de esta iniciativa es conseguir que, en general, los partos sean experiencias memorables para todas las partes implicadas.

VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESTUDIANTES Y COMUNIDADES UNIVERSITARIAS DEL CONTINENTE AMERICANO: UNA REVISIÓN

Violència de gènere en estudiants i comunitats universitàries del continent americà: una revisió

Gender Violence in University Students and Communities in the American Continent: A Review

Jacqueline Sepúlveda-Gotterbarm¹, Valentina Contreras-Moreira², Ignacia Díaz-Caro², Ashlie Gálvez-Cáceres², Kristel González-Meza², Paula Maldonado-Medina², Tiare Toro-Martínez², Javiera Vargas-Zapata², Sergio Jara-Rosales³

Autora correspondencia: Jacqueline Sepúlveda-Gotterbarm

Correo electrónico: jacqueline.sepulveda@uss.cl

1. Matrona, Magíster en salud integral de la mujer, Profesora Asistente Escuela de Obstetricia Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Chile. (*Santiago, Chile*) **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-1907-7713>.

2. Licenciada en Obstetricia y Matronería Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Chile. (*Santiago, Chile*)

3. Matrón, Magíster en Educación, Profesor Asistente Escuela de Obstetricia Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Chile. (*Santiago, Chile*) **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-6455-9864>.

Recibido: 13/07/2023

Aceptado: 29/07/2023

Publicado: 30/11/2023



RESUMEN

OBJETIVO. Analizar la literatura publicada entre los años 2012 y 2022 sobre violencia de género en estudiantes y comunidades universitarias del continente americano. **MATERIAL Y MÉTODO.** Revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scielo, Google Scholar y EBSCO. Utilizando los términos DeCS «violencia de género», «universidad», «estudiantes» y «docentes», en inglés y español; con el operador booleano «AND». Los filtros fueron: artículos originales, revisiones, artículos publicados entre los años 2012-2022 y artículos en español e inglés. **RESULTADOS.** 13 artículos seleccionados de México, Argentina, Brasil, Chile y Estados Unidos. Los factores de riesgo para sufrir violencia de género son de tipo social, económico, familiar, cultural, religioso y personal. Los tipos de violencia de género que predominan son la física, sexual y psicológica. Los comités internos y los protocolos en las universidades son escasos y los existentes son ineficientes. **CONCLUSIONES.** Los principales factores de riesgo en estudiantes universitarios son la crianza, los roles de género y el factor económico. Es necesario indagar sobre la violencia de género, principalmente la psicológica, que es la más reiterativa. Los comités y protocolos resultan precarios, sin estándares que proporcionen una adecuada protección a las víctimas, no cumpliendo con la necesidad de apoyo y/o condena de estas situaciones. Urge la necesidad de ejecutar programas de prevención y denuncia, así como de capacitar a toda la comunidad universitaria sobre violencia de género.

Palabras clave: violencia, género, universitarios, universidades, docentes.

RESUM

OBJECTIU. Analitzar la literatura publicada entre els anys 2012 i 2022 sobre violència de gènere en estudiants i comunitats universitàries del continent americà. **MATERIAL I MÈTODE.** Revisió bibliogràfica en les bases de dades PubMed, Scielo, Google Scholar i EBSCO. Utilitzant els termes DeCS: «violència de gènere», «universitat», «estudiants» i «docents», en anglès i espanyol; amb l'operador booleà «AND». Els filtres van ser: articles originals, revisions, articles publicats entre els anys 2012-2022 i articles en espanyol i anglès. **RESULTATS.** 13 articles seleccionats de Mèxic, l'Argentina, el Brasil, Xile i els Estats Units. Els factors de risc per a sofrir violència de gènere són de tipus social, econòmic, familiar, cultural, religió i personal. Els tipus de violència de gènere que predominen són la física, sexual i psicològica. Els comitès interns i els protocols en les universitats són escassos i els existents són ineficients. **CONCLUSIONS.** Els principals factors de risc en estudiants universitaris són la criança, els rols de gènere i el factor econòmic. És necessari indagar sobre la violència de gènere, principalment la psicològica, que és la més reiterativa. Els comitès i protocols resulten precaris, sense estàndards que proporcionin una correcta protecció a les víctimes, no complint amb la necessitat de suport i/o condemna d'aquestes situacions. Urgeix la necessitat d'executar programes de prevenció i denúncia, així com de capacitar a tota la comunitat universitària sobre violència de gènere.

Paraules clau: violència, gènere, universitaris, universitats, docents.

ABSTRACT

OBJECTIVE. To analyze the literature published between 2012 and 2022 on gender violence in students and university communities in the Americas, its risk factors, manifestations and existence of committees or protocols that address this issue. **MATERIAL AND METHOD.** Bibliographic review in databases: PubMed, Scielo, Google Scholar and EBSCO. Using the terms DeCS: «gender violence», «university», «students» and «teachers», in English and Spanish; with the Boolean operator «AND». The filters were: original articles, reviews, articles published between 2012-2022 and articles in English and Spanish. **RESULTS.** 13 articles were selected, from: Mexico, Argentina, Brazil, Chile, and the United States. The risk factors for suffering gender violence are social, economic, family, cultural, religious, and personal. The predominant types of gender violence are physical, sexual, and psychological. Internal committees and protocols in universities are scarce and the existing ones are inefficient. **CONCLUSIONS.** The main risk factors in university students are upbringing, gender roles and the economic factor. It is necessary to investigate gender violence, mainly psychological violence, which is the most recurrent. The committees and protocols are precarious, without standards that provide proper protection to the victims, not fulfilling the need for support and/or condemnation of these situations. There is an urgent need to implement prevention and denunciation programs as well as to train the entire university communities on gender violence.

Keywords: Violence, Gender, University Students, Universities, Teachers.

INTRODUCCIÓN

ONU-Mujeres, la Entidad de la Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, define la violencia basada en género como aquella violencia «dirigida contra una persona en razón del género que él o ella tiene, así como de las expectativas sobre el rol que él o ella deba cumplir en una sociedad o cultura» (ONU, 2012).

La violencia de género se considera una crisis mundial que repercute en la salud y la vida de las mujeres, las niñas, las familias, las comunidades y las sociedades en general. A nivel mundial, la prevalencia de la violencia contra las mujeres se ha mantenido prácticamente sin cambios en los últimos 10 años, con 1 de cada 3 mujeres sometidas a violencia física o sexual al menos una vez en su vida (OMS, 2021).

La violencia de género deviene de una sociedad que está estructurada con base en la desigualdad entre hombres y mujeres, que se ha normalizado a través de las creencias, estereotipos, acciones, actitudes e incluso gobernaciones, puesto que la administración que tienen al respecto de la violencia sexista o de género no ha cumplido con los estándares que se necesitan para proteger a las víctimas de esta violencia, y a su vez replican los errores y actos machistas que vienen de años anteriores (Ferrer y Bosch, 2004).

De esta manera, las instituciones de educación superior no están exentas del sistema de desigualdades de género (Cerva, 2010). Por consecuencia, la población estudiantil, docentes y administrativos de universidades no están libres de replicar dichos actos y así generar violencia de género dentro de dichas instituciones (Tavira y Hernández, 2015).

Según lo anterior, la presencia de violencia de género contra la mujer en el contexto universitario sigue estando latente y es un importante tema por mejorar. La universidad se convierte en un ambiente adverso para las mujeres (Cardona et al., 2015).

Se ha observado que la violencia de género y sexual en las comunidades universitarias se manifiesta de diferentes formas, siendo el hostigamiento o acoso sexual una realidad ampliamente naturalizada y por tanto poco visibilizada, convirtiéndose en una problemática actual de alta prevalencia, manifestada por la normalización del acoso verbal y gestual, un alto porcentaje de no denuncia, asociado a relaciones laborales de miedo y desconfianza, así como también de desprotección y desatención institucional (Lizama-Lefno y Hurtado Quiñones, 2019).

Así también, se ha demostrado la existencia y relación de diversos factores con la violencia de género hacia las estudiantes universitarias, como el nivel socioeconómico, sociocultural, religión y antecedentes históricos, destacando algunas actitudes tradicionales que terminan en comportamientos violentos. Del mismo modo, se menciona que hay una normalización de la violencia. Se ha observado que 6 de cada 10 estudiantes ven la violencia de género como una problemática grave con consecuencias incluso fatídicas (Barredo, 2017).

Faltan mecanismos de denuncia, protección y penalización, ya que las mujeres que han vivido situaciones de acoso sexual tienden a percibir un mal ambiente universitario e intentan evadir las interacciones con los acosadores, hasta el punto de llegar incluso a renunciar a las instituciones educativas elegidas, esto es, cambiarse de curso, dejar proyectos o abandonar la carrera (Universidad de Chile, 2014).

El principal objetivo de esta investigación es analizar la literatura publicada entre los años 2012 y 2022 en torno a la violencia de género en estudiantes y comunidades universitarias de América. Por ello nos hemos planteado como objetivos secundarios: a) Identificar los factores de riesgo que predisponen a vivenciar violencia de género por estudiantes universitarios, b) Describir las manifestaciones más comunes de violencia de género en comunidades universitarias y c) Determinar la existencia de comités o protocolos dentro de las universidades que aborden esta problemática.

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño de estudio corresponde a una revisión bibliográfica narrativa. Se ha realizado una revisión en bases de datos científicas entre los meses de mayo a julio del año 2022 buscando artículos relacionados con la violencia de género en estudiantes universitarios del continente americano.

Las bases de datos empleadas fueron: EBSCO, Pubmed, Scielo y Google Scholar. Los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) utilizados en inglés fueron «Gender-Based Violence», «Faculty», «Students», «Universities», y sus equivalentes en español: «Violencia de Género», «Docentes», «Estudiantes», «Universidades». Creando dos combinaciones por idioma con el operador booleano «AND» con el objetivo de limitar y definir las búsquedas (Figura 1). Las combinaciones en inglés fueron:

1. Gender-Based Violence AND Students AND Universities.
2. Gender-Based Violence AND Faculty AND Universities.

Las combinaciones en español fueron:

1. Violencia de Género AND Estudiantes AND Universidades
2. Violencia de Género AND Docentes AND Universidades

Para mejorar y delimitar la estrategia de búsqueda en las bases de datos se utilizaron los siguientes filtros: artículos en español e inglés y artículos publicados entre 2012 y 2022.

Se incluyeron los artículos que cumplieran con los siguientes criterios de selección: Ver Tabla 1.

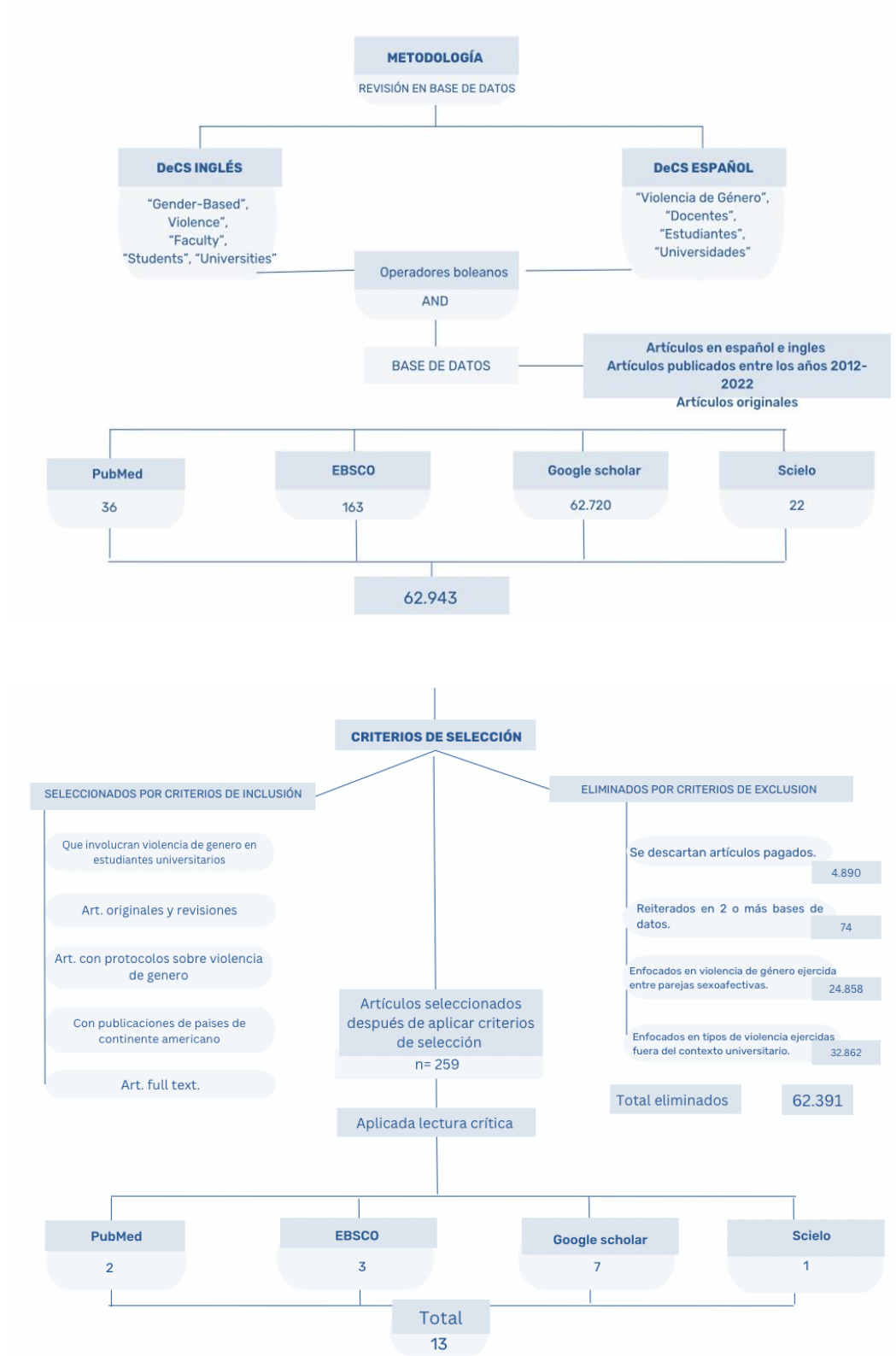
Tabla 1. Criterios de selección

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos originales y revisiones	Artículos duplicados en las bases de datos
Artículos referidos a países del continente americano	Artículos que se enfoquen en tipos de violencia ejercida fuera del contexto universitario
Artículos que incluyan violencia de género en estudiantes universitarios	Artículos enfocados en violencia de género ejercida entre parejas sexoafectivas.
Artículos con protocolos sobre cómo se aborda la violencia de género en las universidades	Artículos pagados
Artículos <i>full text</i>	

Fuente: Elaboración propia.

El proceso de la estrategia de búsqueda y de selección de artículos se puede observar en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de Flujo metodología y selección de artículos.



RESULTADOS

Se seleccionaron 13 artículos, cuyos detalles se visualizan en la Tabla 2.

Tabla 2. Detalle de los artículos seleccionados

Base de datos	Autores	Título	País/Idioma/ Año	Enfoque metodológico
Pubmed	Simona Sharoni, Brian Klocke	Faculty Confronting Gender-Based Violence on Campus: Opportunities and Challenges	Estados Unidos Inglés 2019	Estudio cualitativo. Estudio de caso de la Faculty Against Rape (FAR), organización que da apoyo al profesorado en la lucha contra la violencia de género en los campus universitarios de Estados Unidos.
	Sophia Graham Caroline, Cao Zha Abby, C. King, Ann W. Banchoff, Clea Sarnquist, Michele Dauber, Michael Baiocchi	A Novel Model for Generating Creative, Community-Responsive Interventions to Reduce Gender-Based Violence on College Campus	Estados Unidos Inglés 2021	Estudio cualitativo. Muestra de 18 estudiantes universitarios de pregrado. Utilizando encuesta sobre violencia sexual vivida y/u observada en el campus.
EBSCO	Carmen Moreno-Cubillos, Luz Sepúlveda-Gallego, Luisa Restrepo-Rendón	Prevalencia de violencia y discriminación contra la mujer en la facultad de ciencias para la salud, Universidad de Caldas, Colombia, 2010-2011	Colombia Español 2013	Estudio cuantitativo de una población de 961 mujeres. Se obtuvo una muestra aleatoria de 196 individuos. Se evaluó mediante encuesta autoadministrada.

	Viviam Mara Pereira de Souza, Liliana Muller Larocca, María Marta Nolasco Chaves, Melissa dos Reis Pinto Mafra Fialla, Michelle Kuntz Durand, Rafaela Gessner Lourenço	Gender-based violence in the university space	Brasil Inglés 2016	Estudio cualitativo con una muestra de 38 participantes. A quienes se les realizó entrevistas semiestructuradas.
	Macarena Trujillo-Cristoffanini, Paola Contreras Hernández	Violencia de género: prevalencia imaginarios sexistas y mitos en la juventud universitaria	Chile Español 2020	Estudio cuantitativo. Se evaluaron 1.120 mujeres de pregrado diurno de 3 universidades estatales a quienes se les aplicaron encuestas.
Google Scholar	Gabriela Bartolo Nolasco, Greta Díaz González Vázquez	Violencia de género entre estudiantes en la Universidad Autónoma Estado de México	México Español 2015	Estudio Mixto. Muestra de 4.019 estudiantes de 3 facultades (714 estudiantes de ciencias políticas; 2.378 estudiantes de ingeniería y 947 estudiantes de enfermería y obstetricia). Se evaluó por medio de grupos focales.
	Juan Cardona, Laura Casas Guerra, Sandra Cañon, José Castaño Castrillón, Anyela Godoy García, Diego Henao, Mendoza Luz Valencia.	Sexismo y concepciones de la violencia de género contra la mujer en cuatro universidades de la ciudad de Manizales	Colombia Español 2015	Estudio cuantitativo con una muestra de 1.393 estudiantes de todas las carreras de pregrado, a quienes se les aplicaron cuestionarios
	Irma Martínez Nole	La crianza como factor de riesgo de violencia en estudiantes universitarios.	Perú Español 2022	Investigación documental. Búsqueda progresiva de información relevante al tema de interés a través de buscadores académicos como Scielo y Redalyc. Se utilizaron también libros, publicaciones periódicas, materiales grabados, revisiones, revistas, documentos históricos, información estadística en análisis, síntesis y deducción de estos.

	Vanesa Vázquez Laba Mariana, Palumbo Carla Fernández	Cómo prevenir, sancionar y erradicar la violencia de género en las universidades	Argentina Español 2016	Estudio cuantitativo. Análisis de casos a través de denuncias. Muestra: 62 casos de denuncia por violencia de género (26 externos; 16 internos; 20 mixtos) entre febrero 2014 y julio de 2016.
	Helena Varela Guinot	Las universidades frente a la violencia de género Universidad Autónoma Guanajuato	México Español 2020	Estudio cualitativo. 16 participantes divididos en autoridades, docentes, colectivo partícipe de denuncias del 2018 en la universidad y denunciados. Se aplicaron entrevistas en profundidad y semiestructuradas.
	Consuelo Dinamarca-Noack, Macarena Trujillo-Cristoffanini	Educación superior chilena y violencia de género: demandas desde los feminismos universitarios	Chile Español 2021	Estudio cualitativo realizado en 2 instituciones públicas de educación superior. Entrevistas en profundidad a 6 informantes clave.
	Helena Varela Guinot	Las universidades frente a la violencia de género. El alcance limitado de los mecanismos formales	México Español 2014	Estudio cualitativo. Total de 35 universidades públicas y privadas de México. Instrumento: revisión de los instrumentos normativos, seguimiento en prensa de casos de denuncias en las universidades.
Scielo	Macarena Trujillo Cristoffanini, Inma Pastor-Gosálbez	Violencia de género en estudiantes universitarias: Un reto para la educación superior	Chile Español 2021	Estudio Cualitativo. En una muestra de 21 estudiantes de régimen diurno de tres universidades regionales del Consorcio de Universidades Estatales a quienes se les realizaron entrevistas semiestructuradas.

Fuente: Elaboración propia.

El análisis se realiza de acuerdo con tres temáticas planteadas según los objetivos de esta revisión:

1. Factores de riesgo para vivir violencia de género en universitarios

En la investigación de Cardona et al. (2015) se encuestó 1393 estudiantes de pregrado de 4 Universidades de la ciudad de Manizales en Colombia sobre violencia de género, y se identificó qué factores de riesgo como el nivel de autoestima, la religión y el estrato social, influyen las variables de violencia de género contra la mujer. En el estudio se observa que los hombres con autoestima baja tienden a ser más violentos con la mujer, los hombres que se reconocen como ateos tienden a ser más igualitarios con la mujer que aquellos que dicen tener creencias religiosas, sea esta el catolicismo u otras creencias, y que los hombres pertenecientes a un menor estrato social tienden a ser más violentos contra la mujer, y a su vez esta presenta una aceptación mayor de este hecho en esos estratos sociales bajos. Además, llama la atención la naturalización de la violencia como una reacción normal por parte de las mujeres. Esto se ve reflejado en todas las escalas utilizadas que indican que alguna proporción de las mujeres están de acuerdo con las circunstancias que generan la violencia contra ella. En la misma línea, Martínez Nole (2022), mediante una revisión documental analiza la influencia de la crianza infantil como uno de los principales factores de riesgo de violencia en la etapa universitaria. Se destaca que existen caracteres aprendidos dentro del entorno familiar, como el maltrato infantil, que enseña de cierta forma a los niños a normalizar tanto la violencia física como psicológica; aprendizajes que son replicados cuando se encuentran en su etapa adulta, principalmente en la vida universitaria. Violencia en la niñez genera efectos tanto en los agresores como en las víctimas, produciendo así situaciones traumáticas, depresión, estrés, ansiedad, falta de autoestima, entre otros.

2. Tipos y manifestaciones de violencia de género vividos por los estudiantes universitarios

En el estudio de Bartolo Nolasco, Díaz González Vázquez y Díaz Pérez, (2015), se analizaron las relaciones que existen en tres facultades de la Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias Políticas, Ingeniería y Enfermería y Obstetricia. Se demostró la existencia de mayor cantidad de estudiantes hombres en las Facultades de Ingeniería y Ciencias Políticas, en comparación a la Facultad de Enfermería y Obstetricia que mayormente la conforman mujeres. En el mismo estudio, se encuestó a 4019

estudiantes respecto a la violencia de género, observando que tienen conocimiento sobre el tema, identifican sus manifestaciones, tipos de violencia, quiénes la ejercen y cómo lo hacen. Al mismo tiempo, mencionan que en el contexto universitario los docentes también ejercen este tipo de violencia hacia los estudiantes, incluso entre profesionales. La mayoría de los estudiantes terminó aceptando que existía violencia de género en sus facultades cuando al inicio de las entrevistas lo negaban.

Con respecto a la frecuencia de violencia de género, los autores Moreno-Cubillos, Sepúlveda-Gallego y Restrepo-Rendón (2013), en la Universidad de Caldas en Colombia investigaron la prevalencia de acciones de violencia y discriminación durante la vida universitaria en los tres estamentos de mujeres de la Facultad de Ciencias para la Salud de la universidad. De una población de 115 mujeres docentes, 823 estudiantes, 23 administrativas de la facultad matriculadas o que trabajaban ahí, 196 mujeres respondieron la encuesta. Se determinó que 53,8% de empleadas, 53,7% de las docentes y 67,7% de estudiantes mencionó al menos un hecho de discriminación o violencia durante la vida universitaria como abuso de autoridad, burlas, piropos, agresión psicológica, agresión verbal, entre otros. También se observó que el agresor más frecuente fue un docente.

Respecto a la comprensión de la violencia de género en la comunidad universitaria, se analizó este punto en el espacio universitario de Curitiba, por medio de entrevistas a 38 participantes, entre los que estaban trabajadores de la salud y estudiantes que son parte del entorno universitario. Se les consultó qué entendían por violencia de género y si habían vivido o presenciado algún tipo de violencia de género en la universidad. Se encontró que los participantes presentaban inconvenientes para exponer lo que entendían por violencia de género, pero los tipos de violencia que más describieron fueron violencia física, violencia sexual y violencia psicológica, e identificaron como principales grupos vulnerables a mujeres, LGBTQI+ y personas con algún grado de discapacidad. Por otra parte, un 63,16% de los trabajadores de salud y un 52,63% de los estudiantes expresaron haber vivido y/o presenciado casos de violencia de género en la universidad (Pereira de Souza et al., 2016).

La universidad y sus espacios son territorios propicios para la generación de discursos donde se replica el fenómeno de la violencia, así lo señala la investigación de Trujillo-Cristoffanini y Contreras Hernández (2020), donde se examina la violencia de género en el entorno universitario, planteando en primer lugar la violencia contra las mujeres en las

relaciones heterosexuales y la existencia aún en el siglo XXI de constructos de género y también ideas sexistas en los estudiantes. En una muestra de 1.120 alumnos de pregrado de tres universidades estatales en Chile, se logró determinar que los tipos de violencia que más han vivenciado los estudiantes (al menos una vez) son la violencia psicológica mediante desvalorización, la violencia física intensa (bofetadas, empujones, tirones de pelo y golpes) y la violencia sexual por coerción (implica uso de la fuerza física). Y que la prevalencia de estas manifestaciones es de 30%, variando según el tipo de violencia.

3. Comités internos, programas o protocolos para la denuncia y prevención de la violencia de género en las universidades

Con relación al rol de los docentes en el enfrentamiento de la violencia de género, en la investigación cualitativa realizada entre los años 2014 y 2018 en algunos campus universitarios de América del Norte, se destacan 4 tipos de roles en el profesorado: investigadores, docencia, defensores y diseñadores de políticas, los cuales serían un aporte en el manejo y control de la violencia de género en las instituciones. Los autores, a su vez, mencionan la creación de grupos de trabajo dentro de las universidades en los últimos años, donde revisan e implementan políticas, procedimientos y programas de prevención de violencia de género (Sharoni y Klocke, 2019).

En un estudio de caso realizado por Vázquez Lava, Palumbo y Fernández (2016), se analizó la experiencia del desarrollo de un programa de intervención implementado contra la violencia de género (PcVG) en la Universidad Nacional de San Martín en Argentina, el cual se encarga de recibir las denuncias y dirigir su proceso. Los autores exponen que entre los años 2014 y 2016 existió un aumento en las denuncias. Además, se observa que la mayor parte de denunciantes son mujeres, principalmente estudiantes. Los hombres, por otro lado, ya sean estudiantes o docentes, son los que reciben mayor cantidad de denuncias por ejercer violencia de género. Finalmente, se concluye la importancia de la creación de programas o comités internos con docentes de la institución que cumplan el rol de protección hacia la mujer víctima de violencia de género. Además, se consideró que es fundamental abordar la problemática de forma integral y avanzar sobre los enfoques estigmatizantes, invitando a la comunidad académica a cuestionarse los fundamentos de los paradigmas de la violencia de género y así generando un espacio donde participar activamente de un debate sobre los marcos teóricos apropiados para la problemática.

Otro ejemplo representa el estudio a estudiantes de pregrado en Estados Unidos, donde a través de encuestas al estudiantado se buscó generar nuevas propuestas que proporcionen más seguridad y respaldo para toda la comunidad universitaria, analizando las principales problemáticas sobre violencia sexual dentro de sus propias experiencias para que de esta manera se puedan generar nuevas políticas, medidas de seguridad y protección, creando un modelo («Our voice») que permite prevenir la violencia sexual en el campus. Los autores pudieron observar que los escenarios más recurrentes donde se presenta violencia de género son: fraternidades, baños, grandes eventos universitarios, gimnasios y entornos académico/docente (Graham et al., 2021).

En otra investigación realizada en México por Varela Guinot (2014), se efectuaron entrevistas a miembros del colectivo de la Universidad Autónoma de Guanajuato. Participaron de las denuncias del 2018 en la universidad tanto estudiantes como docentes. Se determinó que los mecanismos institucionales de la universidad resultaron insuficientes para atender la problemática de la violencia de género, ya que la sensación que dejó en las personas fue que se estaba igual o peor que antes. Los estudiantes expresan que sienten que no recibieron una reparación adecuada y tampoco recibieron una garantía de que no vuelva a ocurrir. Por otro lado, los docentes dicen haberse sentido expuestos y maltratados por la universidad, porque esta actuó presionada por la sociedad y la opinión pública, en vez de respetar los procedimientos formales.

El sexismo y la gran discriminación estereotipada en el mundo universitario es una de las problemáticas que presenta el estudio de Varela Guinot (2020), quien, mediante investigación cualitativa de revisión y análisis de los protocolos establecidos en una muestra de 35 universidades mexicanas, y posterior a un aumento en las denuncias de hostigamiento, acoso y abuso sexual dentro de las universidades y de búsquedas de denuncias públicas en internet, obtuvo que solo el 49% de la muestra cuenta con un instrumento formal acorde que establece el procedimiento cuando se presenta un caso. Solo 28 % de las universidades (diez en total) tienen un protocolo formal de atención, y ocho (23 %) tienen instrumentos parciales.

Las instituciones de educación superior deben acompañar a las mujeres que sufren de violencia de género, así lo indica el estudio de corte cualitativo realizado en Chile cuyo objetivo fue conocer y analizar las experiencias de universitarias chilenas respecto a la violencia de género, repercusiones, trayectorias y dificultades. Después de la realización de entrevistas, se determinó que existen secuelas físicas y emocionales en las víctimas,

por lo que la respuesta de las universidades debe ser con instrumentos que hagan frente ante dicha problemática, y de este modo acompañen a las víctimas en su proceso (Trujillo-Cristoffanini y Pastor-Gosálbez, 2021).

Por otra parte, Dinamarca-Noack y Trujillo-Cristoffanini (2021) muestran una alta presencia de cultura sexista en la institución, violencia epistémica y el androcentrismo y acoso sexual no denunciado, demostrando la necesidad de un regulador que establezca los límites para los estudiantes y los docentes.

DISCUSIÓN

La violencia de género no es un evento alejado de la realidad en la vida universitaria. Cada día este fenómeno se hace más prevalente dentro de los espacios universitarios del continente americano.

En las investigaciones seleccionadas para analizar los factores de riesgo de la violencia de género se exponen diferentes variables que pueden influir en que se manifieste algún tipo de violencia de género en estudiantes universitarios. Martínez Nole (2022) destaca la crianza como factor importante en cuanto a la repetición de situaciones violentas que podrían ser arrastradas hasta la vida universitaria y explica la influencia relevante tanto del entorno como de las condiciones sociales y familiares en la personalidad del estudiante, asociando estos factores al comportamiento frente a diversas situaciones del contexto universitario, ya sea dentro de acciones que involucran la relación con sus pares como el rendimiento académico. Así también, Cardona et al. (2015) le otorgan valor a la familia y agregan otros factores de riesgo no menos cruciales para comprender la violencia de género, como económicos, religiosos, culturales y emocionales. Los autores concuerdan en que son relevantes aspectos como los valores de la sociedad, la visión que cada estudiante tiene del mundo y de su participación en este, límites y normas construidas socialmente y la relación afectiva tanto con sus pares como con docentes y familia.

Existen diferentes tipos de violencia de género en el contexto universitario. Según Pereira de Souza et al. (2016), el tipo de violencia que se presenta de forma mayoritaria durante los primeros años de universidad es la violencia física y sexual que se manifiestan con golpes, patadas, asfixias, quemaduras y sometimiento a prácticas sexuales obligadas. Por otro lado, Trujillo-Cristoffanini y Contreras Hernández (2020) mencionan la violencia psicológica como el tipo más frecuente en estudiantes universitarios, con elementos tales como gestos obscenos, agresión psicológica (humillaciones) y agresión verbal (insultos, burlas). Lamentablemente,

estos acontecimientos se minimizan por la sociedad, aun cuando son los que mayores repercusiones futuras tienen en las víctimas. En esta misma línea, Moreno-Cubillos et al. (2013) hacen mención a la violencia psicológica manifestada por discriminación por aspecto físico, acoso laboral y abuso de autoridad como mayor reincidencia. Manifiestan que la violencia de género se transforma en una representación asimétrica de quien tiene el poder y quien no, por lo cual centran su estudio en las universidades y en las situaciones de abuso de poder en las autoridades de dichas instituciones, siendo los docentes las personas que más frecuentemente cometieron este tipo de comportamientos violentos, concordando así con Bartolo Nolazco, Díaz González Vázquez y Díaz Pérez (2015), quienes sugieren enfocar las estrategias para disminuir este tipo de violencia de género, ya que, según su investigación, también fueron los docentes los mayores agresores.

Klocke y Sharoni, (2019) y Varela Guinot (2020) destacan la poca participación o influencia de las autoridades para enfrentar la violencia de género dentro de las instituciones, lo que se ve reflejado en la creación de organizaciones poco profesionales e ineficientes para enfrentar la problemática. En este sentido, los mismos alumnos que han realizado alguna denuncia con relación a la violencia de género expresan la disconformidad ante la resolución de su caso, sintiéndose más vulnerables y con la sensación de volver a sufrir violencia.

Las investigaciones seleccionadas para conocer y analizar los instrumentos institucionales en respuesta de la violencia de género tienen en común que en sus inicios se generan debido a la invisibilidad de este conflicto en la mayoría de los casos, produciendo así el renacimiento de movimientos de feminismo universitario. Así se evidencia en la investigación de Dinamarca-Noak y Trujillo-Cristoffanini (2021). En esta línea, Varela Guinot (2020) agrega la nula intervención de las autoridades institucionales, dando pie a una nueva problemática, la discriminación presente en el ámbito docente-estudiante. Por otra parte, en Norteamérica los autores Graham et al. (2021) muestran que los lugares más recurrentes donde se presenta la violencia de género son fraternidades, fiestas universitarias, salones de clases o en las mismas instalaciones universitarias, lo cual coincide con lo expuesto por otros autores (Varela Guinot, 2020; Dinamarca-Noack y Trujillo-Cristoffanini, 2021). Además, enfatiza el poder de los propios estudiantes para generar soluciones para la prevención del riesgo de violencia de género en los campus universitarios (Graham et al., 2021).

Dentro de las limitaciones detectadas en el desarrollo de esta revisión se encuentran principalmente el acceso a las investigaciones libres de pago que podría dejar fuera información relevante.

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo que influyen en los estudiantes universitarios americanos son principalmente tres: la crianza, los roles de género y el factor económico.

En el fenómeno de violencia de género en el contexto universitario destacan la violencia de física y la psicológica, esta última efectuada mayoritariamente por parte de los docentes a los estudiantes repercutiendo en la autoestima de las víctimas. Otro tipo de violencia presente es la violencia sexual, que aun siendo menos prevalente que la violencia psicológica es un factor que se debe indagar, puesto que son los actos menos denunciados por parte de las víctimas por vergüenza o la creencia de que no tendrán ninguna solución.

Las instituciones de educación superior deberían tener el rol de proteger a su comunidad ofreciendo entornos que apoyen y promuevan la dignidad, el desarrollo y la protección hacia las mujeres, desarrollando programas o protocolos de prevención y denuncia. No obstante, los esfuerzos a veces no son suficientes. Los comités existentes en las universidades contra la violencia de género son escasos o no atienden la problemática de una manera integral, lo que lleva al descontento por parte de las comunidades universitarias al no sentirse respaldados por la institución. Esto incita a las víctimas a no denunciar con la idea de que no tendrán ningún tipo de apoyo.

Similar situación se da con respecto a los protocolos institucionales. Falta eficiencia y medidas estandarizadas que se cumplan y protejan a las víctimas. Por consiguiente, el desarrollo de estrategias de prevención efectivas e intervenciones colectivas, disminuirían de manera proporcional la violencia de género dentro de las instituciones universitarias. La participación de los estudiantes es fundamental para el desarrollo y creación de redes de apoyo, donde se fortalezca el bienestar de la salud mental y física de los estudiantes.

Se requieren más investigaciones sobre violencia de género para seguir visibilizando este fenómeno. Se recomienda sensibilizar a toda la comunidad universitaria en estrategias de tolerancia cero con la violencia, generar espacios de interacción y diálogo entre los estudiantes, realizar diagnósticos de la situación de la violencia de género en las instituciones, integrar actividades preventivas de violencia de género en los planes de estudio, capacitaciones y actualizaciones a la comunidad académica, creación de protocolos eficientes para actuar de forma estandarizada y rápida ante la presencia de la violencia de género. De igual forma, es importante la creación de comités internos en cada universidad que auxilien a las víctimas de violencia de género independiente de su rol en la comunidad universitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARDONA, J. C., et al. Sexismo y concepciones de la violencia de género contra la mujer en cuatro universidades de la ciudad de Manizales. En: *Archivos de Medicina (Colombia)*. 2015, vol. 15, núm. 2, pp. 200-219.
- CERVA CERNA, D. Cultura organizacional e institucionalización de las políticas de género en México: notas para el debate. 2010. Disponible en: http://bvirtual.ucol.mx/descargables/311_cultura_organizacional.pdf.
- DINAMARCA NOACK, C.; TRUJILLO, M. Educación superior chilena y violencia de género: demandas desde los feminismos universitarios. En: *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*. 2021, vol. 19, núm. 2, pp. 1-24.
- FERRER, V.; BOSCH, E. Violencia contra las mujeres. En: Barberá, E.; Martínez Benlloch, I. (coords.). *Psicología y Género*. Pearson: PrenticeHall, 2004, pp. 242-269.
- GRAHAM, S., et al. A Novel Model for Generating Creative, Community-Responsive Interventions to Reduce Gender- Based Violence on College Campuses. En: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021, vol. 18, núm. 15, p. 7933.
- IBÁÑEZ, D. La violencia de género en Ecuador: un estudio sobre los universitarios. En: *Revista Estudios Feministas*. 2017, vol. 25, núm. 3, pp. 1313-1327.
- LIZAMA-LEFNO, A.; HURTADO QUIÑONES, A. Acoso sexual en el contexto universitario: estudio diagnóstico proyectivo de la situación de género en la Universidad de Santiago de Chile. En: *Pensamiento Educativo, Revista De Investigación Latinoamericana (PEL)*. 2019, vol. 56, núm. 1, pp. 1-14.
- MARTÍNEZ NOLE, I. La crianza como factor de riesgo de violencia en estudiantes universitarios. En: *Polo del Conocimiento*. 2021, vol. 7, núm. 7, pp. 555-572.
- MORENO-CUBILLOS, C. L., et al. Prevalencia de violencia y discriminación contra la mujer en la Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas, Colombia, 2010-2011. En: *Revista Colombiana De Obstetricia y Ginecología*. 2013, vol. 64, núm. 1, pp. 12-20.
- NOLAZCO, B. G.; DÍAZ GONZÁLEZ VÁZQUEZ, G.; DÍAZ PÉREZ, G. Violencia de género entre estudiantes en la Universidad Autónoma del Estado de México [Tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma del Estado de México, 2015.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. Ginebra, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>.
- ONU. CENTRO VIRTUAL DE CONOCIMIENTOS PARA ELIMINAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS. *Definición de la violencia contra las mujeres y niñas*. España,

2012. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/es/articles/295-definicion-de-la-violencia-contra-lasmujeres-y-ninas-.html>

- ORTEGA, A. O.; GÓNGORA, J.; BARROSO, C. A. Dilemas constitucionales vigentes en la implementación de los protocolos para atender la violencia de género en las universidades. En: *Revista Mexicana De Ciencias Políticas y Sociales*. 2022, vol. 67, núm. 244, pp. 221-262.
- SHARONI, S.; KLOCKE, B. Faculty Confronting Gender-Based Violence on Campus: Opportunities and Challenges. En: *Violence against women*. 2019, vol. 25, núm. 11, pp. 1352-1369.
- SOUZA, V. M., et al. Gender-based violence in the university space. En: *Cogitare Enfermagem*. 2021, vol 26.
- TAVIRA, N. B.; HERNÁNDEZ, L. M. Atención a las víctimas de violencia de género en la comunidad estudiantil de la Universidad Autónoma del Estado de México ISSN: 2007-2619. En: *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. 2015.
- TRUJILLO CRISTOFFANINI, M.; CONTRERAS HERNÁNDEZ, P. Violencia de género: prevalencia, imaginarios sexistas, y mitos en la juventud universitaria. En: *Apuntes*. 2021, vol. 48, núm. 88, pp. 35-55.
- TRUJILLO CRISTOFFANINI, M.; PASTOR GOSÁLBEZ, I. Violencia de género en estudiantes universitarias: Un reto para la educación superior. En: *Psicoperspectivas*. 2021, vol. 20, núm. 1.
- UNIVERSIDAD DE CHILE. *Del biombo a la cátedra: igualdad de oportunidades de género en la Universidad de Chile*. Santiago: Oficina de Igualdad de Oportunidades de Género, 2014.
- VARELA GUINOT, H. Las universidades frente a la violencia de género. El alcance limitado de los mecanismos formales. En: *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*. 2014, vol 65, núm. 238, pp. 49-80.
- VARELA GUINOT, H. Las universidades frente a la violencia de género. El caso de la Universidad Autónoma de Guanajuato. En: *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*. 2020, vol. 6, p. e556.
- VÁZQUEZ LABA, V.; PALUMBO, M.; FERNÁNDEZ, C. ¿Cómo prevenir, sancionar y erradicar la violencia de género en las universidades? En: *Revista de Ciencias Sociales*. 2016, vol. 92; núm. 10, pp. 106-111.

SOFÍA PINCHEIRA OYARZÚN, LA PROFESIONALIZACIÓN UNIVERSITARIA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA, UN RELATO HISTORIOGRÁFICO¹

*Sofía Pincheira Oyarzún, la professionalització universitària de la cura
d'infermeria, un relat historiogràfic*

*Sofía Pincheira Oyarzún, the University Professionalization of Nursing
Care, a Historiographic Account*

**Dra. Elizabeth Núñez Carrasco¹; Dra. Lucía Castillo Lobos²; Dr. Enzo Videla
Bravo³; Mg. Paola Caba Mella⁴**

Autor correspondencia: Elizabeth Núñez Carrasco

Correo electrónico: elizabeth.nunez@usach.cl

1. Escuela de Enfermería. Universidad de Santiago de Chile. (*Santiago, Chile*). **ORCID:**
<https://orcid.org/0000-0003-0579-7146>.

2. Escuela de Enfermería. Universidad de Santiago de Chile. (*Santiago, Chile*). **ORCID:**
<https://orcid.org/0000-0002-6524-4984>.

3. Historiador. Pontificia Universidad Católica de Chile. (*Santiago, Chile*). **ORCID:**
<https://orcid.org/0000-0002-3930-0305>.

4. Profesora Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile.
(*Santiago, Chile*). **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-9301-3665>.

Recibido: 28/06/2023

Aceptado: 06/010/2023

Publicado: 30/11/2023

¹ Este trabajo ha recibido financiación por parte del Proyecto Dicyt adjudicado 021902CL «Memorias de la Enfermería Chilena: un siglo al cuidado de personas, familias y comunidades».



RESUMEN

En los inicios del siglo XX Chile poseía una realidad social y sanitaria de carencias que se traducía en una alta prevalencia de las enfermedades infectocontagiosas, baja esperanza de vida de las personas y una alta tasa de mortalidad infantil. En este contexto, el Gobierno incentivó estrategias de especialización de las enfermeras en Estados Unidos, con un enfoque sociosanitario. Sofía Pincheira fue una de las primeras comisionadas para cursar esta especialización y, al retornar a Chile, escribe el documento «Contribución al estudio de la Organización de Escuelas de Enfermeras en Chile (1934)», en el cual explicita premisas para la profesionalización del cuidado de enfermería. **OBJETIVO.** Con el propósito de contribuir a la construcción del conocimiento de la enfermería latinoamericana, se plantea como objetivo revisar el discurso de Sofía Pincheira a partir de un análisis historiográfico documental de su escrito en el año 1934, según los supuestos teóricos de Skinner. **RESULTADOS.** El análisis será presentado en tres partes: Contextualización histórica de Sofía Pincheira (Chile 1900-1940); Describiendo «Contribución al estudio de la Organización de Escuelas de Enfermeras en Chile»; y Los conocimientos que las enfermeras deben adquirir para su emancipación: la propuesta de Sofía Pincheira. **CONCLUSIONES.** Su propuesta constituye una adaptación a la realidad nacional de las políticas implementadas en los países del Primer Mundo para hacer frente a la contingencia sanitaria de la época y en particular a la formación de las enfermeras. Bajo esta lógica, su planteamiento es innovador, puesto que, mediante el fortalecimiento del cuerpo de conocimiento de enfermería, reivindica el rol social de la mujer-enfermera chilena a través de la educación universitaria.

Palabras clave: enfermería, salud, historia de la enfermería, Chile.

RESUM

A inicis del segle XX, Xile posseïa una realitat social i sanitària de mancances que es traduïa en una alta prevalença de les malalties infeccions, baixa esperança de vida de les persones i una alta taxa de mortalitat infantil. En aquest context, el govern incentivà estratègies d'especialització de les infermeres als Estats Units, amb un enfocament sociosanitari. Sofía Pincheira va ser una de les primeres comissionades per cursar aquesta especialització i, en retornar a Xile, escriu el document «Contribució a l'estudi de l'Organització d'Escoles d'Infermeres a Xile (1934)», en el qual explicita premisses per a la professionalització de la cura d'infermeria. **OBJECTIU.** Amb el propòsit de contribuir a la construcció del coneixement de la infermeria llatinoamericana, es planteja com a objectiu revisar el discurs de Sofía Pincheira, a partir d'una anàlisi historiogràfica documental del seu escrit de 1934, segons els supòsits teòrics de Skinner. **RESULTATS.** L'anàlisi serà presentada en tres parts: Contextualització històrica de Sofía Pincheira (Xile 1900-1940); Descriuint «Contribució a l'estudi de l'Organització d'Escoles d'Infermeres a Xile», i Els coneixements que les infermeres han d'adquirir per a la seva emancipació: la proposta de Sofía Pincheira. **CONCLUSIONS.** La seva proposta constitueix una adaptació a la realitat nacional de les polítiques implementades als països del Primer Món per a fer front a la contingència sanitària de l'època i en particular a la formació de les infermeres. Sota aquesta lògica, el seu plantejament és innovador, ja que, mitjançant l'enfortiment del cos de coneixement d'infermeria, reivindica el rol social de la dona-infermera xilena a través de l'educació universitària.

Paraules clau: enfermeria, salut, història de l'enfermeria, Xile.

ABSTRACT

Chile during the early twentieth century, had a social and health reality of deficiencies that was reflected in a high prevalence of infectious diseases, low life expectancy of people and a high rate of infant mortality. In this context, the government encourages specialization strategies for nurses in the United States, with a socio-sanitary approach. Sofia Pincheira, was one of the first commissioners to pursue this specialization and upon returning to Chile, wrote the document «Contribution to the study of the Organization of Nursing Schools in Chile (1934)» in which she explicit premises for the professionalization of nursing care. Nursing. **OBJECTIVE.** with the purpose of contributing to the construction of knowledge of Latin American Nursing, the objective is to revisit Sofía Pincheira's discourse, based on a documentary historiographical analysis of her writing in 1934, according to Skinner's theoretical assumptions. **RESULTS.** the analysis will be presented in three parts; Historical contextualization of Sofía Pincheira (Chile 1900 - 1940), Describing «Contribution to the study of the Organization of Nursing Schools in Chile» and the knowledge that nurses must acquire for their emancipation: Sofía Pincheira's proposal. **CONCLUSIONS.** Your proposal constitutes an adaptation to the national reality of the policies implemented in first world countries to deal with the health contingency of the time and in particular the training of nurses. Under this logic, its approach is innovative, since, by strengthening the body of nursing knowledge, it vindicates the social role of the Chilean woman-nurse through university education.

Keywords: Nursing, Health, History of Nursing, Chile.

INTRODUCCIÓN

A inicios del siglo XX Chile manifestaba en los cuerpos dolientes de la mayoría de sus ciudadanos las pésimas condiciones de vida propias de un país azotado por enfermedades asociadas a la pobreza y que llevaban a la muerte como consecuencia inequívoca de la enfermedad, más aún en los infantes. Dichas condiciones estaban representadas por carencias sanitarias tales como falta de agua potable, alcantarillado, nutrición inadecuada, de vivienda y de protección social. Illanes (1993) describe la alta prevalencia de enfermedades infecciosas como viruela, cólera, tuberculosis, fiebre tifoidea y sífilis que dibujaban un panorama desolador.

En este contexto, y de manera sincrónica, surgen los primeros pasos de la profesionalización de la enfermería, cuyo hito central fue la creación en 1902 (Amaral, 1904) de un programa de estudios para mujeres, laico y hospitalario. Cuatro años más tarde, el Gobierno chileno crea la primera Escuela de Enfermería del Estado en la Universidad de Chile y, posteriormente, como respuesta a la crisis sanitaria y dentro del marco de las actividades desarrolladas por la Fundación Rockefeller, se instaura en Chile la formación de enfermeras con enfoque preventivo y promotor de la salud. En este proceso historiográfico, emerge la figura de la enfermera Sofía Pincheira Oyarzún, quien, mediante el desarrollo de su trayectoria profesional y sus múltiples publicaciones, colaboró para la creación y robustecimiento de la profesión de enfermería en Chile.

Sofía Pincheira, a través de la producción de sus escritos y del desarrollo de la enfermería salubrista en la unidad sanitaria de Quinta Normal, plasmó conocimientos y experiencias con el objetivo de mejorar, desde la práctica de enfermería, el incipiente sistema sanitario chileno. En su texto de 1934 «Contribución al estudio de la organización de las Escuelas de Enfermería en Chile», reflexiona y sistematiza por primera vez, desde la institucionalidad sanitaria en ciernes, una serie de recomendaciones técnicas para reestructurar la organización de las escuelas de enfermería chilenas de la época, y de esta forma reproducir los avances aprendidos durante sus estudios en los Estados Unidos, y de esta forma, transformar los niveles de salud de la población chilena de la década del 1930.

En razón de estos antecedentes, es necesario precisar que la enfermería profesional chilena, al igual que en otras latitudes del mundo, históricamente ha sustentado su desarrollo fundamentalmente en el ejercicio femenino de la profesión y, por ende, la

historicidad de las mujeres como objeto de estudio está íntimamente relacionada con la historia de la enfermería. De este modo, la enfermería, al convertirse en una profesión universitaria desde los inicios de siglo XX, se erige como un espacio al que escasas mujeres de la época pueden acceder, puesto que las cifras de alfabetismo de las mujeres en Chile (McCaa Robert, 1940) durante las décadas de 1920, 1930 y 1940 alcanzaban el 49,5%, 54,9% y un 57,3% respectivamente, comprendiendo como mínimo la adquisición de instrucción primaria obligatoria. Por ello, revisar el discurso de Sofía Pincheira desde una perspectiva sociohistórica permite recentrar la reflexión de enfermería desde una ontología antropocéntrica (Siles, 1996) y comprender su discurso como manifestación de los fenómenos sociales ocurridos en un momento histórico determinado (Pardo, 2017).

En torno a dichas reflexiones, surgen las siguientes preguntas: ¿Cuál es la propuesta que Sofía Pincheira entrega a la disciplina a través de su texto «Contribución al estudio de la organización de las Escuelas de enfermería en Chile»? ¿Cuáles son sus aportes a la enfermería más allá de lo instruccional? ¿Qué fenómeno de las mujeres se puede revelar a través de su pluma? El propósito de este trabajo de investigación es rescatar el aporte realizado por Sofía Pincheira para la disciplina de enfermería materializado en el corpus del texto «Contribución al estudio de la organización de las Escuelas de Enfermería en Chile», y así robustecer los cimientos históricos de la enfermería chilena como expresión de un pensamiento regional, femenino, fronterizo y epistemológicamente Latinoamericano (Tuhiwai, 2016; Couriel, 2009).

MÉTODO

Corresponde al método cualitativo historiográfico a partir del análisis de la fuente primaria documental «Contribución al estudio de la organización de las Escuelas de Enfermería en Chile» (Pincheira, 1934) a la luz de los supuestos teóricos de Skinner (1968), que permiten describir y analizar estructuralmente el texto presentado en una polisemia de un determinado tiempo (Quijano, 2013) para, de este modo, comprender el contexto donde fue escrito. Es así que se interroga al texto en dos partes, primero para lograr su identificación y luego para describir el contenido. Siguiendo a Lètaurneau (2007), se analizó críticamente el corpus presentado en conjunción con el tiempo-momento histórico en que tuvo origen, permitiendo su interpretación desde una perspectiva sociohistórica (Pardo, 2017).

La técnica consistió en que cada autor, que se encontraba sumergido en los eventos históricos de Chile de inicios del siglo XX, realizó una lectura comprensiva del texto de Sofía Pincheira y luego llevó a cabo un análisis de contenido (Flick, 2007), que posteriormente fue analizados a través de una triangulación de investigadores (Polit y Hungler, 2000) que consistió en encontrar similitudes y divergencias de su análisis con la dimensiones vinculadas a la profesionalización de la enfermería (Leddy y Pepper, 1989). Estas fueron: la construcción de un cuerpo de conocimiento, la definición de un patrón de conocimiento ético, la estructuración de un sistema de trabajo, la existencia de organizaciones propias y la formación de un cuerpo legal. Sin embargo, emergió una categoría distinta la cual estaba relacionada con la expresión del movimiento feminista de la época.

Para este artículo se escogieron solo algunos de los análisis que dan respuesta a la preguntas planteadas. Por ello, primeramente se describirá la contextualización histórica de Sofía Pincheira (Chile 1900-1940) y, desde el análisis del texto de su autoría «Contribución al estudio de la Organización de Escuelas de Enfermeras en Chile», se describirá el análisis de identificación del texto. Como último resultado, se describirá el análisis de la construcción del cuerpo de conocimiento y la categoría emergente del feminismo.

Cabe señalar que este relato está enmarcado dentro de la línea de investigación histórica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Santiago de Chile y ha sido aprobado por el Comité de Ética Institucional en el contexto del proyecto Dicyt adjudicado 021902CL «Memorias de la Enfermería Chilena: un siglo al cuidado de personas, familias y comunidades».

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Contextualización histórica de Sofía Pincheira (Chile 1900-1940)

Sofía nació en 1903, en la ciudad de Concepción, la tercera ciudad más poblada de Chile. Creció en el seno de una familia compuesta por seis hermanos, cinco mujeres y un varón. Su padre Aníbal Pincheira fue profesor y vicerector del liceo de hombres de la ciudad, mientras que su madre Emilia Oyarzún Rivera cuidó de su hogar y familia. Ambos padres marcaron en particular la vida de las mujeres de la familia, quienes alcanzaron lugares importantes en el campo de las artes y en la creación de organizaciones de la sociedad

civil (Sindicato de escritores, 1956). En palabras de su hermana Dolores Pincheira (1986), su hogar fue un espacio creativo donde todos escribían comenzando por su padre.

A inicios del siglo XX, Concepción (Pacheco, 1997) poseía tres desafíos: el primero fue abastecer de red de agua potable segura a la ciudad, en tanto que el agua disponible carecía de condiciones de higiene apropiadas y, además, cubría el 30% de abastecimiento de la población. El segundo desafío era construir una red de alcantarillado que permitiera eliminar el depósito de materia fecal en los patios de los hogares. Y el tercer desafío era lograr financiamiento del tranvía eléctrico para dejar de utilizar animales para su tracción. Los tres desafíos representados anteriormente son una elocuente expresión de las precarias condiciones de vida de sus habitantes, que motivaron el crecimiento de la organización del Estado durante las administraciones de Arturo Alessandri y, luego, de Carlos Ibáñez del Campo, para abordar la cuestión social.

Es así que el Estado se involucró más ampliamente en los ámbitos de la salud, el trabajo y la vida cotidiana de la población urbana empobrecida por *laissez faire*, que la estatalidad guardiana, observante de lo social e interviniente a través del monopolio de la fuerza, hizo frente a los conflictos sociales. Aunque el primer Gobierno de Alessandri mantuvo las viejas prácticas de control fundadas en el uso de la fuerza policial y militar, también introdujo un discurso de conciliación pacífica de los conflictos obrero-patronales. Lo anterior fue fortalecido (Silva, 2020) en 1927, cuando Carlos Ibáñez del Campo creó el Ministerio de Bienestar Social y reforzó la Caja de Seguro Obrero Obligatorio.

Ahora bien, el Estado chileno se destacó, entonces, por el establecimiento de una serie de instituciones y promulgación de leyes sociales durante las primeras décadas del siglo XX. Alentados por estas transformaciones institucionales, algunos investigadores (Henriquez, 2014) han concentrado la actividad del Estado administrativo como único actor en la mejoras de la condiciones de vida de la población, asociándolo a ciertos adjetivos como «compromiso social», «asistencia social», o más recientemente el «Estado sólido». En cierta manera, la percepción positiva de la acción estatal se ha fundado en comentarios como del Dr. Lewis Hackett (*Revista Higiene y Medicina Preventiva*, 1941), representante para el Cono Sur de la Fundación Rockefeller, quién sostuvo que la experiencia chilena «[...] ha estado a la vanguardia del movimiento mundial hacia el seguro integral de salud de los trabajadores y empleados» y que tuvo resultados destacados con el programa destinado a madres y lactantes.

Si bien esa imagen positiva del rol estatal existió, se debe problematizar que también es posible exhibir datos y percepciones que revelan una realidad menos halagüeña. Desde las cifras vitales de la población podríamos reconocer aspectos débiles de la gestión pública. El médico Carlos Salomón (*Revista Higiene y Medicina Preventiva*, 1946), por ejemplo, al hacer un balance sostuvo que «los médicos de la Caja de Seguro tienen veinte años de experiencia y han perfeccionado y extendido su prestación médica sin influir, nada o casi nada, sobre la morbilidad del país [y] en la eliminación de la mortalidad».

El Estado pretendió hacer frente en el ámbito de la salud. Sin embargo, su rango de acción y de generación de agentes no pudo con las demandas de las condiciones sociomédico-ambientales. Dentro de las instituciones destacadas que quisieron resguardar al hombre de las amenazas a sus cuerpos o para curarlos, destacaron (Larraín, 1901) el Consejo de la Habitación y la Escuela de Enfermería. La primera institución se dedicó hasta la década de 1930 principalmente a planes de desarrollo habitacional o la eliminación de los conjuntos residenciales con hacinamiento. Aunque los arquitectos adscritos a esa entidad entendían las habitaciones como un medio artificial para mantener al margen los peligros de las enfermedades, sus ideas no se cristalizaron en la edificación.

El otro espacio de cambio fue la creación de la primera Escuela de Enfermería en 1902 (Flores, 1965), la cual tenía como misión formar enfermeras para el cuidado de enfermos en el domicilio o en los hospitales. Sin embargo, su creación no estuvo exenta de tensión, dado que otorgaba a mujeres laicas el cuidado de los enfermos, cuando a la fecha dichas acciones eran prodigadas por religiosas y practicantes que se formaban al alero de las indicaciones de médicos. Ahora bien, es necesario destacar que la enseñanza era gratuita, guiada por médicos, y ningún profesor ni ayudante fue remunerado. Existía la figura de enfermera jefe, elegida por las alumnas, quién dictaba clase de deontología de enfermería, mantenía la disciplina, distribuía el trabajo y designaba a la enfermera que atendería en domicilio. Respecto a las postulantes, debían ser mujeres con educación en instrucción primaria, moralidad irreprochable, buena salud y tener entre 18 y 37 años de edad.

Una vez egresadas, las primeras enfermeras generaron confianza en la sociedad de Santiago, y por ello las corporaciones científicas y la Sociedad Médica de Chile solicitó al Gobierno la formación científica de enfermeras para atender a los pacientes en los hospitales. Este hecho se logró en junio de 1906 (Núñez, Urra y Pavez, 2016) cuando se decretó la Fundación de la Escuela de Enfermeras del Estado, dependiente de la Facultad

de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile. La Escuela de Enfermería, sin embargo, no logró abordar la contingencia sanitaria imperante debido al escaso egreso de profesionales mujeres y también debido a tensiones propias de abrir un espacio para mujeres, en el mundo del trabajo. Estos elementos situaban a las enfermeras en la asunción de labores muy similares a las domésticas y que no les permitió hacerse cargo de la contingencia de la salud de la población.

Lo anterior se manifestó en la preocupación de los órganos públicos, y es así que en 1924, años de cambios organizativos en la estructura del Estado y la sociedad, consiguieron que el médico belga Rene Sand (1925) ilustrara con una serie de conferencias sobre los oficios y profesiones de mediación social. En los contenidos de la presentación, destacaron dos cuestiones principales para atacar los problemas de salubridad que vivía el país: la primera fue la experiencia estadounidense, y la segunda los roles de las enfermeras visitadoras (o sanitarias) y de las visitadoras sociales como un complemento para abordar en microáreas los problemas sociales.

Esto fue captado por los grupos de injerencia social y gubernamental, que al año siguiente lograron que el Gobierno norteamericano facilitara a John Long, cirujano general auxiliar del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos y Vice Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, al Gobierno chileno para que colaborara en la reorganización del Departamento de Salubridad (Oficina Regional de la OMS, 1925, 1926a, 1926b, 1927). En los años siguientes se organizó un servicio de salubridad que acuñó la misión del Estado como protector de la Salud Pública y asimismo fomentó la especialización de las enfermeras universitarias para que salieran del espacio clínico al espacio social urbano territorial. De este modo, en 1927 se inicia el primer programa de Escuela de Enfermeras Sanitarias, que tenía como objeto visitar en el hogar a las familias y realizar atenciones de salud (Kottow, 2014).

Es en esta transformación, Sofia Pincheira cursó sus estudios universitarios ingresando a la naciente Escuela de Enfermeras Sanitarias de la Universidad de Chile formando parte de las primeras generaciones. En 1929 fue becada por el Servicio de Salud y por la Asociación Americana de Mujeres Universitarias (Núñez, 2017) para cursar estudios en la Universidad de Columbia y en la Universidad de Yale, obteniendo en 1932 el título como Enfermera Bachelor. Posteriormente regresa a Chile en 1933, convirtiéndose en Subdirectora Técnica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile y, al año siguiente, asume como Enfermera Jefe del Servicio de Enfermeras

Sanitarias de la Dirección Nacional de Sanidad (Pincheira, 1933), desde donde inició un proceso de producción intelectual materializado en una diversidad de documentos publicados con posterioridad en la *Revista de Asistencia Social* (Pincheira, 1933^a, 1944).

En las décadas siguientes, como consecuencia de un nuevo Gobierno enfocado en el desarrollo de políticas sociales y mayor estrechez en las relaciones con Estados Unidos en conjunto con la preocupación de Organizaciones No Gubernamentales de vocación multilateral como la Organización Mundial de la Salud y de intereses particulares como las fundaciones Rockefeller, Kellog y John Hopkins, la enfermería chilena amalgamó una institucionalidad de mujeres profesionales para el cuidado de la salud de la población y donde Sofía Pincheira se convirtió es una exponente intelectual de la enfermería chilena.

Describiendo «Contribución al estudio de la Organización de Escuelas de Enfermeras en Chile»

El corpus analizado corresponde a la autoría de la enfermera Sofía Pincheira publicado en el Tomo III de la *Revista de Asistencia Social* (1934). Esta revista, de corte técnico-normativo y académico en salud, estaba dirigida a grupos de profesionales y académicos preocupados por las temáticas sanitarias. La conformación de la comisión redactora se destaca por estar compuesta exclusivamente por varones. El artículo consta de cuarenta y seis páginas escritas en idioma español e impreso en los talleres de la Imprenta Universitaria de la ciudad de Santiago de Chile inicialmente para ser difundido internamente en la Dirección de Salubridad Nacional. Su fecha original se desconoce, sin embargo, se infiere que tuvo efecto entre 1933 y 1934 en concordancia con la fecha de regreso de la autora al país luego de finalizar sus estudios de Enfermería en los Estados Unidos.

El texto presenta la siguiente estructura: introducción, función y carácter de la profesión, objetivos prácticos y puntos esenciales de la educación de la enfermera, requisitos en la creación de las escuelas de enfermería, descripción del plan de estudios, responsabilidad del Estado en la educación de la enfermera y conclusiones finales. En cada uno de estos apartados la autora hace una descripción detallada de los hitos que la enfermera debe alcanzar, definiendo como punto de partida el modelo de desarrollo de la profesionalización vigente en los Estados Unidos y haciendo referencia a la imperiosa necesidad moral de que los conocimientos aprendidos por la autora durante sus estudios en el extranjero sobre enfermería y salubridad sean entregados de manera particular a las

mujeres sudamericanas. Siguiendo a Pincheira, «Una obligación moral pesaba sobre mí al volver al país después de cursar en dos universidades americanas: Columbia y Yale, estudios sobre higiene pública en general y entidades relacionadas con la profesión enfermera», «estos estudios que habían de prepararme para extender por todos los medios a mi alcance, las finalidades ampliamente altruistas de dignificar la labor de la mujer en el campo preventivo y curativo» (1934: p. 1).

Desde su escrito se extrae la intención de Sofía Pincheira de dirigirse a los intelectuales chilenos, que incluía a eruditos de la salud y políticos de la época, en su mayoría hombres y médicos en quienes se atomizaba el conocimiento y el poder, y que en décadas posteriores denominaremos paradigma biomédico (Hernandez-Giron, 2012). Por ello se presupone que Sofía escribía como una acción política de emancipación femenina a través de la educación universitaria y la profesionalización de la enfermería.

Su intención de dar realce a la labor femenina se manifiesta en su público agradecimiento a Cora Mayers, médica que dirigió la creación de la primera Escuela de Enfermería Sanitaria de la Universidad de Chile y quien fue asesinada en las dependencias de la escuela por su pareja (Osorio, 2017). En su evocación agradece por su apoyo irrestricto a la profesionalización de enfermeras y matronas, demostrando para la época un guiño intelectual a los movimientos femeninos en un país en el cual resonaba inicialmente la lucha por los derechos de las mujeres, denotando claramente en sus primeras líneas su atrevimiento, carácter y propósito.

Respecto a este punto, Gabriela Mistral (1925) describe el movimiento femenino chileno como una expresión de sentimentalismo «quejumbroso, blanducho, perfectamente invertebrado, como una esponja que flota en un líquido inocuo» que raya en un fervor místico pero que no posee representación en la materias sociales que aquejan a la sociedad. En sus palabras, Gabriela expresa que la elección de directorios y repartos de presidencia no cambian la fisonomía del escenario y son una suerte de espacio de vanidad. Lo dicho anteriormente demuestra que el movimiento femenino poseía acciones diversas. Lavrin (2004) manifiesta que en Latinoamérica, durante este período, se expresarían tres movimientos femeninos: por una parte aquellos que reevaluaban el rol de la mujer dentro del hogar y la familia. Otra perspectiva del movimiento femenino se sostenía en considerar a la mujer como mano de obra educada para el progreso de la nación a través de la participación del Estado, que promovía la educación de las mujeres, que para este período de tiempo eran fundamentalmente mujeres blancas pertenecientes

a espacios intelectuales (Hooks, 2017). Y la tercera perspectiva, que fomentaba la educación femenina para su autosubsistencia y romper el círculo de la pobreza.

Por ello es necesario manifestar que las enfermeras, desde sus acciones durante esta década, intentan transitar desde un espacio de mujer educada hacía la contribución de la salud, a través de los valores propios de las mujeres. Es así que en el año 1938 las enfermeras profesionales se organizarán como grupo de enfermeras en la Asociación de Enfermeras Universitarias y que en sus registros documentales (Asociación de Enfermeras de Chile, 1943) plasmaron las voces que testimoniaron la reivindicación de la mujer en los espacios laborales, erigiendo a la enfermería como profesión en la que confluyen los valores vinculados a lo femenino como son la «ternura y desvelos de la madre».

Ahora bien, estas reflexiones permiten dibujar el espacio de tiempo en el que Sofía escribe este documento. Por ello es preciso volver al escrito y darnos cuenta que la autora en cada reglón que describe expresa a la enfermera como una «profesión» y no como un oficio, en tanto que su propuesta estaba inspirada en los estándares del plan de estudios de la Asociación de Educación de la Enfermera de los Estados Unidos, la cual definía perfiles y funciones de cargo del personal docente y administrativo, contenidos y horas dispuestas para clases teóricas y prácticas en un plan de estudios de tres años de duración en modalidad de internado (Pincheira, 1934); estándares que intentaban asegurar la educación científica de las mujeres

Asimismo, realiza una comparación entre el plan de estudios de las escuelas norteamericanas y el plan vigente de la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile, y de manera explícita crítica a la academia chilena, por cuanto la duración de la carrera excedería las recomendaciones del plan norteamericano. Sin embargo, reconoce que la solidez del plan de estudios chileno será de utilidad para posteriores especializaciones y posgrados de las enfermeras chilenas, anhelo que se ha materializado recientemente, casi cincuenta años más tarde.

Desde un enfoque profesional, la autora describe los avances de la enfermería profesional extendiendo su alcance más allá del cuidado directo de los enfermos, involucrando actividades sanitarias, administrativas, educacionales, públicas y sociales en las cuales las enfermeras de la época en Chile aún no concretaban. Sofía enfatiza que la función de la enfermera excede a las acciones centradas en el médico y aunque, desde la propia voz de la autora, estas acciones «corresponden a una de sus funciones más

importantes y de mayor responsabilidad» (Pincheira, 1934), las circunscribe como un complemento para la atención de los enfermos, donde en «diferentes ramas de la profesión, la enfermera trabaja independientemente requiriendo el servicio del médico solo cuando es necesario y sus deberes van siendo más sociales y educacionales». De este modo, es necesario aceptar la existencia de otras funciones de la disciplina igualmente trascendentes y para las cuales la enfermera debía recibir una robusta preparación científica. Cabe señalar que lo dicho por la autora en este período de tiempo demuestra que la enfermería en tanto que profesión apoyada por la medicina busca su emancipación profesional e intelectual del manto hegemónico médico.

Siguiendo con el texto de Sofía Pincheira, la autora recalca que las enfermeras poseen capacidad organizativa de los cuidados, por cuanto «es responsable de la buena marcha y organización de los diferentes servicios relacionados con el cuidado de los enfermos, en la forma más eficiente y económica posible», augurando el futuro protagonismo de la disciplina en la gestión de instituciones de salud y su contribución a la nación.

Los conocimientos que las enfermeras deben adquirir para su emancipación: la propuesta de Sofía Pincheira

En su propuesta de profesionalización de la enfermería, en ciernes para la década de 1930, la autora define criterios para el ejercicio de la profesión de enfermera, siendo el denominador común la necesidad de establecer un cuerpo de conocimientos propios, los que, en la actualidad, se vinculan con los criterios profesionales intelectuales que involucran tanto al conjunto de conocimientos, la educación especializada y la aplicación de pensamiento crítico en la práctica de enfermería (Leddy y Pepper, 1898). La definición de estos criterios, incipientes a la fecha de escritura, permiten reconocer a Sofía Pincheira como una mujer intelectual que problematiza sobre una carrera profesional femenina que se gesta en un país catalogado de bajos ingresos para la época.

La autora es enfática al señalar que los conocimientos de la enfermera son esenciales para su profesionalización, definiendo dos ejes centrales: por una parte, la necesidad de formar mujeres con un cuerpo de conocimientos en promoción de la salud y curación de enfermedades y, por otra parte, deja de manifiesto el carácter profesional de la enfermería por cuanto el «ejercicio de la enfermería, por parte de las practicantes y de mujeres que ejercen el oficio sin la formación necesaria, sean excluidas del ejercicio profesional de la enfermería dada su incompetencia» (Pincheira, 1934). En esta afirmación Sofía Pincheira

expresa con claridad que el oficio de la enfermería no es posible sin conocimientos científicos, y de esta afirmación es posible desprender dos conceptualizaciones. Por una parte, la práctica del cuidado de enfermería requiere de robustez científica porque sus acciones significan cambio en la salud de las personas y por ende su excelencia es un imperativo ético.

Sin embargo, también es posible vislumbrar la intención de dibujar un camino para las enfermeras chilenas alejado de la domesticidad que acompaña a las acciones de la enfermería y su vinculación con los valores femeninos. Estos han entorpecido históricamente la valoración social de la profesión, en tanto que las acciones domésticas por sí solas no logran cambiar una realidad en el cuidado de las personas, sino que requieren de una sólida formación teórico-práctica propia de las enfermeras con formación universitaria.

Ahora bien, Lavrin (2004) expresa que la educación universitaria femenina para esta época tenía sus antagonistas, que expresaban que este espacio deterioraba el espacio biológico en el cual la mujer se expresaba en la sociedad, es decir, la maternidad. Por ello, de algún modo, el abrir caminos como carrera universitaria femenina también se constituía en una suerte de cauce de río que se une a otros mares del movimiento femenino. No es menos cierto que, en el escenario de la salud, quienes poseían el diálogo político y social eran los médicos. Por ello la enfermería como profesión femenina se debatía entre quedarse en un espacio tecnificado de la educación femenina o situarse de manera consolidada en el espacio universitario femenino de la nación. Con argumentos claros, la autora dibuja de manera consistente los requisitos necesarios para que la enfermería chilena se consolidara en una profesión universitaria y que se ha constituido como una memoria colectiva, toda vez que en Chile una enfermera se reconoce en su firma digital con los acrónimos E. U., que significan enfermera universitaria.

Ciertamente, su planteamiento constituye una suerte de punta de lanza para la profesionalización de la enfermería a nivel sudamericano, en un marco temporal en que las acciones de las mujeres fueron escasamente reconocidas en el ámbito público de la sociedad. Sin embargo, es necesario comprender que el discurso de Sofía ha sido amalgamado desde las modernas prácticas sanitarias del primer mundo, y que, visto desde el presente, son una suerte de imperialismo cultural (Alvarez, 2016). Ahora bien, situados en la actualidad, es posible señalar que el paradigma de salud e higiene buscaba el ordenamiento social y control de actitudes de las poblaciones (Orellana, 2016). De este

modo, la atención sanitaria se transforma en una estrategia biopolítica y capitalista con efectos reguladores sobre los procesos biológicos de las poblaciones (Foucault, 1976,2006).

Dicho lo anterior, no es menor señalar que Sofía, a través de su pluma, instala en una revista especializada en temáticas de sanidad, de autoría y audiencia mayoritariamente masculina, temas polémicos para la época relacionados con la autonomía otorgada a las enfermeras en base al conocimiento. Su investidura como docente y luego como subdirectora nacional de enfermeras sanitarias la ubica en un espacio de poder en donde, a través de un discurso femenino de reivindicación del rol social de las mujeres, promueve cambios en la profesionalización de la enfermería chilena, los cuales serán plasmados a lo largo de su obra hasta la década de 1980, construyendo un discurso de llamamiento permanente a la emancipación de la enfermería.

Para el abordaje de la escasez de enfermeras preparadas científicamente para la época, Sofía Pincheira atribuye al Estado la responsabilidad de velar por la educación en enfermería a través de la vigilancia del cumplimiento del plan de estudios profesional, custodiando que se privilegie la enseñanza por encima de las demandas asistenciales de la época. En palabras de la autora, «la necesidad de enfermeras en el país no debe justificar la formación de escuelas de enfermería que ofrezcan una preparación deficiente» (Pincheira, 1934), expresión que otorga la idea que no en todos los lugares denominados formadores de enfermeras poseen las cualidades expresadas por la autora.

Según Pincheira, esta responsabilidad estatal para con la formación en enfermería debería iniciarse con la creación de disposiciones legales que se opongan a la apertura de escuelas de enfermería que no estén bajo la vigilancia del Estado. Además, esta vigilancia involucraría la prohibición de la atención de enfermos por parte de personal no graduado, relevando la imperiosa necesidad de que la enfermería, como profesión de mujeres, se asemeje a profesiones tales como la medicina y abogacía, entre otras, apelando, además, a su regulación como sujetos sociales al diferenciar y redefinir los límites de su rol.

CONCLUSIONES

Dar lectura a este texto del pasado invita a reflexionar desde distintas perspectivas, y permite otorgar algunas respuestas a las preguntas planteadas al inicio de este artículo. Por un lado, es posible señalar que la mirada paradigmáticamente biomédica, concordante con la época de escritura de este documento, insta a interpretar que la contribución de este

texto se instala como un instrumento para reproducir, en el Chile de la década de 1930, las modernas prácticas sanitarias del primer mundo a partir de superestructuras sociales, representadas por el sistema de salud en una suerte de imperialismo cultural. En este escenario, la atención sanitaria se transforma en una estrategia biopolítica y capitalista con efectos reguladores sobre los procesos biológicos de las poblaciones marcados por la impronta de un paradigma de salud e higiene.

Desde otra perspectiva, es posible señalar que el corpus analizado da cuenta de un discurso teórico y disciplinar de enfermería norteamericano en el que, Sofía Pincheira, realiza una propuesta para adaptar a la realidad chilena, los requerimientos para la formación de enfermeras universitarias en la década de 1930. Desde un enfoque intelectual y reflexivo, el discurso analizado constituye una estrategia de abordaje de la realidad sanitaria social del país, propia de los países pobres de los albores del siglo XX, la cual era realizada a través de los cuidados de enfermería realizados por mujeres laicas. Es así como este discurso se construye como representación de las prácticas sociales de la época, comprendidas como el conjunto organizado y jerarquizado de saberes en torno a un fenómeno social y de salud en concordancia con las ideologías políticas y económicas imperantes en la primera mitad del siglo XX.

Sofía Pincheira deja entrever entre sus líneas la necesidad de definir la práctica profesional de enfermería a partir de la creación de un cuerpo de conocimientos que contribuya al juicio y fundamento técnico de la enfermera y releva el protagonismo de la conformación de planes de estudio que permitieron al antiguo «oficio de enfermera» y robustecer el ansiado reconocimiento universitario, el cual era fuertemente tensionado por ser una profesión femenina. Así, configura un espacio profesional de independencia y autonomía de la enfermería sustentado epistemológicamente en paradigmas más complejos y abandonando la concepción dicotómica y transaccional de enfermería.

Al deconstruir el corpus analizado e integrando los antecedentes biográficos de Sofía Pincheira, se infiere una postura de la autora para la reivindicación de la mujer-enfermera en concordancia con las prerrogativas de los movimientos feministas de la época, propias de las mujeres blancas pertenecientes a espacios intelectuales (Hooks, 2017). Es así como, a través de la ocupación de un espacio dentro de la intelectualidad, no previsto para las mujeres del Chile de la época debido a su periplo por la educación de la enfermería de Estados Unidos, Sofía Pincheira pudo construir una base de reflexión sobre la formación de enfermeras universitarias sustentada en un currículo que diera cuenta de las

trayectorias curativas y preventivas de la salud, aunado a un corpus de conocimientos situados que permitan a las mujeres-enfermeras empoderarse de su campo disciplinario y profesional, lo que para el Chile de la época constituía una quimera.

Su propuesta nuevamente se presenta como innovadora al abrir un espacio para el fortalecimiento de la mujer-enfermera-profesional relevando su reconocimiento social, a través de la educación en condiciones de igualdad, en un contexto de escaso reconocimiento femenino. Su discurso, además, define la enfermería como esencialmente femenina y la diferencia del rol médico eminentemente masculino. A través de sus palabras de agradecimiento a Cora Mayers, da cuenta de su pertenencia a un selecto grupo intelectual femenino que interpeló a la igualdad de derechos a través del conocimiento.

Sofía Pincheira involucra al Estado en la estructuración de las escuelas de enfermería en concordancia con los modelos instaurados en Estados Unidos e Inglaterra, modulando la transformación de la enfermería chilena, desde una profesión orientada al oficio y sustentada por la religiosidad hacia una enfermería con marcos profesionalizantes que priorizan la educación por encima de las demandas asistenciales y que, a su vez, desencadenaron, posteriormente, el desarrollo de la educación universitaria en enfermería, así como la creación de marcos legales, éticos y de organizaciones propias.

Recoger los escritos de Sofía Pincheira permite crear un puente comprensivo, entre el pasado y el presente de los procesos sociales y culturales en los cuales la enfermería es parte. Desde el presente, la postura de Sofía Pincheira como mujer-enfermera define una postura dentro de los movimientos feministas de Chile de inicios del siglo XX y, a través de su llamamiento a la profesionalización universitaria de la enfermería, dibuja los cimientos de los actuales cánones de la enfermería chilena, materializando el anhelo profundo de sus reflexiones en las siguientes décadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, M. La profesión de Enfermera necesidad de difundir su enseñanza [Trabajo expuesto]. En: *Segundo Congreso Latinoamericano de Médicos*. 1904, pp. 1-28.
- ALBAREZ, N. «El Concepto De Hegemonía En Gramsci: Una propuesta para el análisis y la acción política». En: *Estudios Sociales y Contemporáneos*. 2016, vol. 15, pp. 153-219.
- ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS DE CHILE.. *Boletín de la Asociación de Enfermeras de Chile*. Santiago, 1943.
- COURIEL, O. Descolonizando el feminismo: una perspectiva desde América Latina y el Caribe. En: *Primer Coloquio Latinoamericano sobre Praxis y Pensamiento Feminista*. Buenos Aires, Argentina, 2009.
- FLICK, U. *Introducción a la investigación cualitativa*. Coruña: Morata, 2007.
- FLORES, F. *La Historia de la Enfermería en Chile, síntesis de su evolución educacional de la Enfermera*. Santiago: Universidad de Chile, 1965.
- FOUCAULT, M. Historia de la Medicalización. En: *M. Foucault, Control, ley, medicalización. Conferencias de Michel Foucault en Brasil*. Hiparquiz, 1976, pp., 128-154.
- FOUCAULT, M. Defender la sociedad. En: Araya C. *República de la salud. Fundación y ruinas de un país sanitario. Chile siglos XIX y XX*. Santiago: Ocho Libros, 2006.
- HACKETT, L. *Orientaciones modernas de la Salubridad por el Dr. Lewis W. Hackett*. Santiago: Universo, 1942.
- HERNANDEZ-GIRON, C. O. Modelos conceptuales y paradigmas en Salud Pública. *Revista de salud pública*. 2012, vol 14, núm. 2, pp. 315-324.
- HENRÍQUEZ, R. En «Estado Sólido»: *Políticas y politización en la construcción estatal Chile 1920-1950*. Santiago: Ediciones UC, 2014.
- HOOKS, B. *El feminismo es para todo el mundo*. Nueva York: Traficantes de Sueños, 2017.
- ILLANES, M. *En el nombre del pueblo del Estado y de la Ciencia*. Santiago: Colectivo de Atención Primaria, 1993.
- KOTTOW, M. *Bioética en salud pública: una mirada latinoamericana*. Santiago: Editorial Universitaria, 2014.
- NÚÑEZ, E.; URRUTIA, E.; PAVEZ, A. Identidad e Institucionalidad de las Enfermeras Chilenas en la mitad del siglo XX. En: *Ciencia y enfermería*. 2016, vol. 22, núm. 1, pp. 135-145.
- NÚÑEZ, E. Homenaje a Sofía Pincheira Oyarzún. En: *XIX Congreso Nacional de Enfermeras de Chile*. 2017.
- MISTRAL, G. Organización de las mujeres. En: *Diario el Mercurio*. 1925. Disponible en: <https://lapollera.cl/organizacion-mujeres-gabriela-mistral/>.

- MCCAA, R. *Chile XI censo de población (1940): recopilación de cifras publicadas por la Dirección de Estadísticas y Censos*. Santiago: Centro Latinoamericano de Demografía, 1940.
- LARRAÍN, R. *Apuntes sobre las casa para los obreros en Europa y en América*. Paris, Imprenta Paul Dupont, 1901.
- LAVRIN, A. Recuerdos del siglo. En: XX. *Revista De Historia Social Y De Las Mentalidades*. 2004 Vol. 8, núm. 1.
- LEDDY, S.; PEPPER, J. Socialización para el ejercicio. En: Leddy, S.; Pepper, J. *Bases conceptuales de la Enfermería profesional*. Nueva York: Harper & Row, 1989.
- LÉTOURNEAU, J. *La caja de herramientas del joven investigador: guía de iniciación al trabajo intelectual*. Medellín: La Carreta, 2007.
- OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1925, vol. 4, núm. 8.
- OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1926a, vol. 5, núm. 2.
- OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1926b, vol. 5, núm. 8.
- OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1927, vol. 6, núm. 12.
- ORELLANA, T. Estereotipos femeninos de salud y belleza en Chile a través del género magazine: Revista Familia (1910-1928). En: Araya Ibacache, C.; Leyton Robinson, C. E.; López, D. M.; Palacios, C.; Sánchez, M. (eds.). *Republica de la salud. Fundacion y ruinas de un país sanitario, siglos XIX y XX*. Santiago: Ocho libros, 2016.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1924, vol. 4, núm. 8.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1926, vol. 5, núm. 2.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1926, vol. 5, núm. 8.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1927, vol. 6, núm. 12.
- OSORIO, C. Homenaje a los maestros Cora Mayers y Alfredo Demaría. En: *Revista médica de Chile*. 2017, vol. 145, núm. 9.
- PACHECO, A. *Historia de Concepción. Cuadernos del BIO BÍO*. Concepción: Universidad de Concepción, 1996.
- PARDO, N. *Como hacer ACD. Una perspectiva latinoamericana*. Santiago de Chile: Frasis, 2017.

- PINCHEIRA, D. Los que se conforman no logran nunca nada. 1986. Disponible en: www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/colecciones/BND/00/RC/RC0231569.pdf.
- PINCHEIRA, S. La profesión de enfermera y su desarrollo en Norte América En: *Revista de Asistencia Social*. 1933, vol. 2, núm. 2.
- PINCHEIRA, S. Contribucion al estudio de la organizacion de las Escuelas de Enfermeria en Chile. En: *Revista de Asistencia Social*. 1934, vol. 3, núm. 1.
- PINCHEIRA, S. Especialización en las Enfermeras. En: *Revista de Asistencia Social*. 1934, vol. 3, núm. 2.
- PINCHEIRA, S. *La Enfermera Sanitaria en los Servicios de Salud Pública, Conferencia Dictada en la Escuela Nacional de Salubridad*. Santiago: Ediciones Casa Nacional del Niño, 1944.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. Investigación científica en ciencias de la salud. En: *Introducción a la investigación en ciencias de la salud*. Mc Graw Hill, 2000, pp. 3-22.
- QUIJANO, F.; GIANNAKOPOULOS, G. En: *Historia y política en perspectiva: Entrevista a Quentín Skinner*. 2013, vol. 15 núm. 29.
- SERVICIO NACIONAL DE SALUBRIDAD DE CHILE. En: *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*. 1941, vol. 3, núm.4 pp. 251.
- SERVICIO NACIONAL DE SALUBRIDAD DE CHILE. En: *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*. 1946, vol. 3, núm. 8, pp. 144-145.
- SAND, R. *Medicina Social y Progreso Nacional*. Imprenta universitaria, 1925.
- SINDICATO DE ESCRITORES. *Carta del Honorable Directorio de la Sociedad de Escritores al Sr. Manuel Rojas*. Santiago, 1956.
- SILES, J. *Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Una perspectiva histórica y epistemológica*. Alicante: Cecova, 1996.
- SILVA, P. *En el nombre de la razón: tecnócratas y política en Chile*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales, 2010.
- SKINNER, Quentín. Meaning and understanding in the history of ideas. En: *History and Theory*.1968, vol. 8, núm. 1, pp. 3-53.
- TUHIWAI, L. *La investigación a través de la mirada imperial*. Santiago de Chile: LOM, 2016.

LA CONSULTA GINECOLÓGICA: UN DESAFÍO PARA LAS MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES EN CHILE¹

La consulta ginecològica: un repte per a les dones lesbianes i bisexuals a Xile

Gynecological Consultation: A Challenge for Lesbian and Bisexual Women in Chile

Maria José Basualto Ormazábal¹; Javiera Belén Zúñiga Soto²; Manuel Cárdenas Castro³

Autor correspondencia: Manuel Cárdenas Castro

Correo electrónico: jose.cardenas@utalca.cl

1. Facultad de Psicología. Universidad de Talca. (*Talca, Chile*)

2. Facultad de Psicología. Universidad de Talca. (*Talca, Chile*)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9997-8202>

3. Facultad de Psicología. Universidad de Talca. (*Talca, Chile*)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5484-0078>

Recibido: 23/05/2023

Aceptado: 29/09/2023

Publicado: 30/11/2023

¹ Este artículo ha recibido el apoyo del Proyecto Fondecyt Regular N°1210102 de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID).



RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue indagar en las experiencias de mujeres lesbianas y bisexuales en la consulta ginecológica y conocer si, dada su orientación sexual, han vivido experiencias de violencia dentro de esta. Además, exploramos las consecuencias que habrían generado para ellas dichas experiencias de violencia ginecológica. **METODOLOGÍA.** Estudio de carácter cualitativo en el que participaron 12 mujeres lesbianas y bisexuales, con las cuales se efectuaron entrevistas semiestructuradas y que fueron analizadas mediante un análisis temático de contenido. **RESULTADOS.** Se produjeron tres categorías fundamentales: experiencia en la consulta, situaciones de violencia ginecológica y consecuencias de dicha violencia. **CONCLUSIONES.** Los principales hallazgos muestran que, debido a los diferentes sesgos y desinformación dentro de la consulta, por parte de médicos/as, enfermeros/as y matronas/es, las mujeres se abstendrían de asistir a esta, lo que podría generar consecuencias a futuro en relación con su salud sexual. Del mismo modo, las emociones dominantes son de rabia y molestia debido a lo que consideran un trato discriminatorio, evaluando la ginecología como una disciplina hetero-normada construida para mujeres cisgénero y que tiene un marcado énfasis en la reproducción de las mujeres más que en su salud.

Palabras clave: ginecología, lesbianas, bisexuales, violencia ginecológica, modelo médico hegemónico.

RESUM

L'objectiu del present estudi va ser indagar en les experiències de dones lesbianes i bisexuals a la consulta ginecològica, i conèixer si, donada la seva orientació sexual han viscut experiències de violència dins d'aquesta. A més, explorem les conseqüències que haurien generat per a elles aquestes experiències de violència ginecològica. **METODOLOGIA.** Estudi de caràcter qualitatiu en el qual van participar 12 dones lesbianes i bisexuals, amb les quals es van efectuar entrevistes semiestructurades i que van ser analitzades mitjançant una anàlisi temàtica de contingut. **RESULTATS.** Es van produir tres categories fonamentals: experiència en la consulta, situacions de violència ginecològica i conseqüències d'aquesta violència. **CONCLUSIONS.** Les principals troballes mostren que a causa dels diferents biaixos i desinformació dins de la consulta, per part de mèdics/as, infermers/as i matrones/és, les dones s'abstindrien d'assistir a aquesta, la qual cosa podria generar conseqüències a futur en relació a la seva salut sexual. De la mateixa manera, les emocions dominants són de ràbia i molèstia a causa del que consideren un tracte discriminatori, avaluant la ginecologia com una disciplina heteronormada pensada per a dones cisgènere i que té un marcat èmfasi en la reproducció de les dones més que en la seva salut.

Paraules clau: ginecologia, lesbianes, bisexuals, violència ginecològica, model mèdic hegemònic.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the experiences of lesbian and bisexual women within the gynecological consultation, and to find out if they have experienced violence within it given their sexual orientation. In addition, we investigated the consequences that these experiences of gynecological violence would have generated for them. In the qualitative study, 12 lesbian and bisexual women participated, with whom semi-structured interviews were conducted and which were analyzed through a thematic analysis. Three fundamental themes were extracted: experience in the consultation, situations of gynecological violence and consequences of violence in her lives. The main findings show that due to the different situations of discrimination and misinformation within the consultation, women would refrain from attending it, which could generate future consequences in relation to their sexual health. The primary findings reveal that as a result of various biases and misinformation present during the consultation by healthcare professionals, women might choose not to attend. This decision could potentially lead to future repercussions concerning their sexual health. Similarly, prevalent emotions such as anger and frustration stem from the perceived discriminatory treatment. The women assess gynecology as a heteronormative field designed for cisgender women, primarily focused on women's reproduction rather than their overall well-being.

Keywords: Gynecology, Lesbians, Bisexuals, Gynecological Violence, Hegemonic Medical Model.

INTRODUCCIÓN

La atención ginecológica de rutina puede implicar todo un desafío para las mujeres lesbianas y bisexuales en Chile, debido al arraigado prejuicio sexual existente en nuestra sociedad (Estay et al., 2020) y del cual médicos/as, enfermeros/as y matronas/es no son ajenos. La permanente presunción de heterosexualidad acerca de quienes asisten a la consulta ginecológica (Perrotta, 2014) constituye una grave barrera para su atención en salud sexual, puesto que se brindaría una atención basada en sesgos de género que generan expectativas de comportamiento basadas en roles de género estereotipados y prácticas asociadas a las mujeres heterosexuales en nuestra sociedad.

La ginecología es una disciplina creada específicamente para las personas asignadas al nacer como mujeres, la cual las acompaña rutinariamente a lo largo de la vida. En la consulta las mujeres se encuentran en un entorno donde muchas veces deben mostrarse desnudas y con sus genitales expuestos, lo cual genera un sentimiento de intranquilidad, incomodidad y vulnerabilidad. Dicho malestar es en ocasiones profundizado por la adscripción a ciertas categorías sociales como la clase social, la etnia o la orientación sexual, que definen en buena medida las modalidades de trato de las pacientes (Salinero y Cardenas, 2021). Por ello resulta de enorme importancia que el clima de estos espacios resulte acogedor y respetuoso, considerando el potencial impacto que tendría sobre la salud integral de las pacientes (Asociación Mujeres para la Salud, 2017).

La primera visita ginecológica se realiza entre los 13 y los 21 años, etapa donde normalmente se produce la primera menarquia y se inician las relaciones sexuales (Tamburrino et al., 2007). La consulta ginecológica constituye un escenario complejo donde una inadecuada atención en salud puede ocasionar el abandono de este servicio por parte de las usuarias o la demora en la realización de exámenes que pueden resultar relevantes para su salud. En este sentido, resulta importante que médicos/as, enfermeros/as y matronas/es mantengan un trato cordial y respetuoso hacia las pacientes, comenzando por dejar de asumir que estas solo mantienen prácticas heterosexuales (Beleño, 2018). En este estudio entendemos la identidad de género como la conciencia que cada persona tiene de ella misma respecto a su sexo o género, es decir, la autoclasificación que en este sentido hacemos cada uno de nosotros (Fernández, 2022), mientras que la orientación sexual alude a la atracción sexoafectiva hacia otra persona de un determinado sexo, pudiendo ser del mismo sexo, del sexo opuesto o ambos (Gil et al., 2020).

Entre las especialidades médicas que presentaban mayores índices de negligencia se encuentra la ginecología, con un 20% de las demandas registradas (Tapia, 2003). En los datos obtenidos en la Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica, realizada durante los años 2019-2020 (Colectiva contra la Violencia Ginecológica, 2021), se puede observar que un 5.9% de las mujeres encuestadas dicen no asistir a un control ginecológico, ya sea debido a sus malas experiencias previas, su avanzada edad o la falta de acceso a dichos servicios. Según datos de la encuesta *Ser lesBIana en Chile* (Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio, 2016), un 33.26% de las mujeres lesbianas y bisexuales entrevistadas se habrían sentido discriminadas en el marco de los servicios de salud. Del mismo modo, solo un 48.33% de la muestra afirma haber asistido a una consulta ginecológica en el último año, lo que puede explicarse por la baja percepción de riesgo en cuanto a su vida sexual (Sillberman et al., 2015) o por el hecho de ser omitidas e invisibilizadas sistemáticamente en las campañas de prevención y promoción de la salud sexual, las cuales se centran casi exclusivamente en el uso de preservativos masculinos, apuntando principalmente a mujeres heterosexuales (Navarrete, 2018). Esta idea reduce las experiencias sexuales de las mujeres a la penetración por parte de un varón y condiciona el imaginario sexual de médicos/as, enfermeros/as y matronas/es que prestan la atención ginecológica.

La ausencia de información confiable respecto al cuidado de los cuerpos, las diferentes formas de erotización y los riesgos vinculados a ellos (Cano, 2020) se reproduce dentro del espacio de la consulta ginecológica. Del mismo modo, el temor a desvelar la orientación sexual genera lo que se ha denominado discriminación anticipada (Brown et al., 2014). Es decir, el miedo a ser discriminadas lleva a las pacientes a autoexcluirse de estos espacios y/o a no ser completamente sinceras dentro de la consulta por miedo a las consecuencias que esto pueda ocasionar en la atención que recibirán.

Esta situación podría explicarse desde los mandatos de roles de género del modelo patriarcal, que operan tanto sobre pacientes como médicos/as, enfermeros/as y matronas/es, los cuales ven a la mujer y a la ginecología en referencia a su capacidad reproductiva, generando así una constante asociación de la condición de mujer con la maternidad, y dejando de lado las disidencias o a quienes no tienen interés en la concepción (Escobar, 2008). El modelo médico hegemónico (MMH) se reconoce como una de las formas de atención más implementadas y validadas en la sociedad, la cual complementa una serie de prácticas y conocimientos que se sustentan desde el ámbito

científico de la medicina, de ahí que se establezcan con superioridad frente a otras prácticas que se alejen del encuadre de acción que representa. Dicho modelo se ha caracterizado por establecer como subordinados una serie de saberes y prácticas dentro del ejercicio de profesiones vinculadas al área de la salud (Menéndez, 2020).

En la actualidad se ha observado un incremento de estudios referidos a violencia obstétrica (Bohren et al., 2015; Tobasía-Hege et al., 2019), pero no sucede lo mismo con la violencia ginecológica, y menos aún con las experiencias de las disidencias sexuales, puesto que se instauro con el MMH la legitimación y normalización de las prácticas sexuales heteronormativas, consolidando y perpetuando una visión binaria en la puesta en práctica del servicio que termina perdiendo el foco de las necesidades reales que presentan las pacientes, centrando la atención en creencias del imaginario que se han suscitado por los diversos planteamientos del modelo.

En una reciente encuesta desarrollada en Chile, donde participaron más de cinco mil mujeres, se informa que un 67% de las mujeres perciben haber vivido alguna situación de violencia ginecológica en sus atenciones (Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, 2021). Entre las formas de violencia más reportadas se incluye haber sido infantilizadas por parte de médicos/as, enfermeros/as y matronas/es al realizar una consulta (37.3%), que estos últimos no atiendan adecuadamente sus consultas (33.8%), ser juzgadas por sus prácticas sexuales (21.4%), ser víctimas de procedimientos dolorosos realizados intencionalmente (20%), entre otros. El estudio reseñado menciona que estas formas de violencia son significativamente más reportadas por mujeres lesbianas, afrodescendientes y las que se identifican con alguna etnia originaria.

Las mujeres como grupo social se han visto principalmente afectadas debido a que existe una objetualización de estas por parte del MMH, señalando lo que son, cómo son y para qué son sus cuerpos (Vergara y Granados, 2018), tratándolos como defectuosos, como si estos necesitasen ser corregidos y sus procesos naturales vigilados por las diferentes ramas de la medicina (Salinero, 2021). A raíz de estas prácticas médicas las mujeres han visto coartada la posibilidad de tomar decisiones importantes referidas a sus cuerpos, percibiendo la consulta ginecológica hegemónica como una tecnología de precarización de corporalidades y modos de vida no normativos, como lo son las lesbianas, bisexuales, pansexuales, hombres transgéneros, entre otros (Cano, 2020).

Dentro de la consulta podemos observar ciertas pautas de comportamiento por parte de médicos/as, enfermeros/as y matronas/es, que no tienen aparentemente las suficientes

herramientas o conocimiento sobre la sexualidad de las mujeres no heterosexuales. Del mismo modo, no le atribuyen validez a los propios conocimientos que las mujeres tienen de sus cuerpos, descartando sus expectativas y preocupaciones, muchas veces con arrogancia y desdén.

En una revisión de las políticas sobre salud sexual y reproductiva dentro de las cuales se rige la consulta ginecológica en Chile (MINSAL, 2015), es evidente que estas se enfocan principalmente en la condición reproductiva de la mujer, teniendo como eje principal la maternidad, asumiendo que ese es el fin de las mujeres y sus cuerpos (Navarrete, 2018). Autores como Quirós (2020) señalan que la cobertura rígida enfocada principalmente en las prácticas heterosexuales se podría deber a formas de discriminación y exclusión, ya sea directa o indirecta, hacia personas lesbianas, bisexuales y transexuales. Por este motivo es común ver planes enfocados únicamente en las temáticas de gestación, postparto, aborto e infertilidad. Es debido a estas políticas y su perpetuación dentro de la práctica médica por lo que se sigue manteniendo una inadecuada atención ginecológica hacia las mujeres.

Un estudio realizado por Brown et al. (2014), referido al acceso que tenían mujeres lesbianas y bisexuales a la atención de salud sexual y reproductiva en Argentina, destaca dos problemas fundamentales que enfrentaban las mujeres: ocultamiento de la orientación sexoafectiva e invisibilización de las prácticas homoeróticas femeninas (lo que supone la presunción de heterosexualidad e inhibición de las mujeres para comentar sus prácticas sexuales dentro de la consulta), prejuicios sin fundamento que se dan dentro del ámbito médico y que solo producen una mayor desinformación sobre cómo llevar a cabo una correcta atención ginecológica.

El temor, por parte de las disidencias sexuales, a sufrir discriminación es algo prácticamente normalizado en la vida diaria. Si bien en Chile se ha avanzado en cuanto a inclusión y contención del prejuicio sexual, aún no es suficiente para lograr que las mujeres lesbianas y bisexuales se puedan desenvolver con tranquilidad en la vida cotidiana y/o en espacios públicos sin sentirse observadas, juzgadas o amenazadas (Rompiendo el Silencio, 2018).

En concreto, en la consulta ginecológica los médicos no responden a las necesidades de las pacientes dentro del proceso de exploración, puesto que el mero hecho de identificarse como lesbianas puede desencadenar una mala actitud hacia ellas (Vergara y Granados, 2018) e incluso formas de abuso vinculadas a una idea «moralizadora» (Cano,

2020). En su investigación, Navarrete (2018) menciona la falta de formación por parte de médicos/as, enfermeros/as y matronas/es al desenvolverse en espacios y temáticas sobre salud sexual de las pacientes lesbianas y bisexuales.

Dentro de este estudio el término «violencia ginecológica» será entendido como un conjunto de prácticas deshumanizadas, llevadas a cabo por médicos/as, enfermeros/as y matronas/es que puede afectar tanto la salud psicológica como física de las mujeres (Cárdenas et al., 2020). Dicha violencia puede expresarse a través de la naturalización de una relación de subordinación médico-paciente (violencia simbólica), expresarse como violencia psicológica o física o por medio de formas de violencia con evidente connotación sexual (Cárdenas, et al., 2020; Cárdenas y Salinero, 2023).

El presente trabajo tiene como objetivo analizar diferentes aspectos de la experiencia de las mujeres lesbianas y bisexuales en Chile en relación con los servicios ginecológicos a los cuales asisten. En particular pretende describir y analizar las vivencias de las mujeres lesbianas y bisexuales en la consulta ginecológica, indagar respecto de las experiencias de violencia ginecológica vividas y las consecuencias que estas han causado en su salud ginecológica.

MÉTODO

Diseño

El estudio de tipo cualitativo y alcance exploratorio busca indagar en las formas de violencia que las mujeres lesbianas padecen en la consulta ginecológica. El guion de la entrevista se redactó intentando permitir cierto flujo lógico que va desde temas más generales (su historial de consulta ginecológica) a otros más concretos (experiencias o eventos de violencia en la consulta). Del mismo modo, las preguntas incluidas en el guion fueron creadas teniendo en consideración los principales campos en que se expresaría la violencia ginecológica (Cárdenas y Salinero, 2023). Se escogió la entrevista semiestructurada a modo de propiciar un espacio más libre para el relato de las participantes, como también a la expresión de sus emociones, lo que propiciaba ampliar el abordaje propuesto y comparar lo expuesto teóricamente. Las entrevistas fueron realizadas por integrantes del equipo de investigación y procurando siempre ofrecer una escucha activa y empática hacia el relato de las participantes, en virtud de facilitar un ambiente ameno para que pudieran expresarse con mayor libertad. La entrevista aborda

tres grandes tópicos: información general sobre la experiencia en la consulta ginecológica, violencia en sus diferentes ámbitos (simbólica, física, verbal y sexual) y evaluaciones generales de la experiencia dentro de la consulta ginecológica.

Selección de participantes

Como criterios de inclusión en la muestra, se considera que la persona debe haber sido asignada al nacer como mujer, debe declarar sentir atracción sexoafectiva por personas del mismo sexo, ser mayores de dieciocho años, residir en Chile hace más de un año, haber asistido al menos a una visita de ginecología dentro del territorio nacional y haber vivido alguna experiencia de violencia en la consulta ginecológica. Las participantes se incluyeron voluntariamente en el estudio dado que respondieron una invitación a participar por medio de Instagram. Además, a quienes nos contactaban se les invitaba a compartir a su vez la invitación entre sus contactos (muestreo en cadena).

Recogida de datos

Las entrevistas se coordinaron con cada participante y se realizaron en una fecha y horario que fuese conveniente para cada una de ellas. Asimismo, tuvieron una duración aproximada de 60 minutos. Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento de las participantes, posteriormente fueron transcritas para poder efectuar un análisis adecuado de la información recopilada.

Se entrevistó a un total de 12 mujeres chilenas, las cuales se encuentran en un rango etario entre los 20 y los 40 años ($M= 26.33$ y $DT= 5.64$). Todas las participantes residen actualmente en Chile, pertenecientes a las Regiones Metropolitana (58,4%), del Maule (25%), Tarapacá (8,3%) y O'higgins (8,3%). En relación con su orientación sexual el 72,7% de las participantes identifica su orientación sexual como «bisexual», el 27,3% como «lesbiana». Por otro lado, con relación al sistema de salud que utilizan, un 75% se atiende por el sistema privado de salud y el otro 25% por el sistema público, teniendo en consideración que parte de ellas han tenido experiencias en ambos sistemas de salud.

Análisis de datos

El análisis de la información obtenida se realizó por medio de un análisis temático de contenido (Braun y Clarke, 2006), donde resaltan las dimensiones ocultas, las inferencias sobre el relato de la entrevistada y el sentido latente del relato, buscando asignar un

sentido a los contenidos que van surgiendo de forma contextualizada (López, 2002). Una vez leídas y transcritas las entrevistas, elaboramos una codificación primaria, a la que fueron asignados los temas de nuestro interés en sucesivas reuniones grupales. Se consideraron como temas los patrones recurrentes de significado presentes en las transcripciones. El desarrollo de temas utilizó tanto una perspectiva deductiva como la inductiva. La codificación, de tipo deductiva (*confirmatory theory-based*) permitió que el análisis de datos identificara respuestas de las participantes y las asimilara con las principales estrategias ya identificadas en la literatura publicada sobre violencia ginecológica.

Rigor metodológico

Cada entrevista fue leída por el equipo de investigación, comparando los hallazgos y definiendo en conjunto los temas que resultaban relevantes. Se tuvieron en consideración los criterios tradicionales de validación de la investigación cualitativa: credibilidad (mediante observación persistente de diferentes casos y triangulación de los datos con la teoría existente y los pocos estudios disponibles sobre el tema, a modo de cotejar los hallazgos), transferibilidad (que implicó hacer un muestreo intencionado en la medida en que ciertas características, como la edad o el tipo de servicio al que asistía, nos entregaban la posibilidad de amplificar la información recogida), dependencia (se buscó asesoría o auditoría externa de otros/as investigadores/as que no eran parte del equipo y leyeron nuestros resultados) y saturación (se realizaron entrevistas hasta que los contenidos se fueron reiterando y las nuevas entrevistas ya no proporcionaban información novedosa).

Criterios éticos

La presente investigación forma parte del proyecto FONDECYT regular 1210102 «Violencia y abuso en la atención de salud ginecológica en Chile: un estudio cualitativo sobre estrategias de afrontamiento/protección y las transformaciones en el sí mismo, el cuerpo y la sexualidad de personas asignadas al nacer como mujeres», el cual ha sido aprobado por el Comité de Ética Científica de la Universidad de Talca. Todas las participantes leyeron y firmaron el consentimiento informado con antelación a la realización de la entrevista, donde eran expuestos los objetivos del estudio y se garantizaban condiciones de anonimato y confidencialidad.

RESULTADOS

El análisis de las entrevistas realizadas nos permite escoger tres categorías principales, las cuales hemos seleccionado dada su relevancia teórica. Estas categorías son: 1) Información general sobre la experiencia de la consulta ginecológica; 2) Violencia (simbólica, física, verbal y/o sexual), y 3) Evaluación general de la experiencia dentro de la consulta ginecológica. A continuación, se presentan las categorías y subcategorías asociadas.

Información general sobre la experiencia de consulta ginecológica

Esta categoría buscaba conocer algunos antecedentes relevantes del historial de atención ginecológica y generar confianza por medio de preguntas más generales, antes de profundizar en sus experiencias de violencia ginecológica. Un subtema relacionado con este tema son las «consideraciones acerca del profesional», y se incluyen aquellas principales precauciones y consideraciones de las entrevistadas a la hora de agendar una visita al ginecólogo/a. La edad del ginecólogo/a resulta ser un punto importante para tener en consideración cuando se programa una consulta médica. En su mayoría las entrevistadas tienen como preferencia tratarse con médicos/as jóvenes. Esto tendría su explicación en las diferentes situaciones de discriminación ejercidas por parte de los profesionales (ya sea por orientación sexual, prácticas sexuales y apariencia física), y que suelen asociar a personas con una edad más avanzada. Las mujeres disidentes suponen que los ginecólogos/as jóvenes tienen mayor apertura y/o conocimiento en temáticas de género y diversidad sexual, tomando el tema con mayor naturalidad y menos prejuicios.

En general yo he ido a ginecólogos que tienen entre 30 o 40 años, y noto que en las más jóvenes está mucho más naturalizado el tema de la orientación sexual y los que son mayores no lo tienen tan naturalizado. El que me miró raro era, no sé, un señor de 40 y las otras ginecólogas, donde he tenido mejor experiencia, son mujeres. (Participante 01, bisexual, 29 años)

Otro de los temas más comentados fue la «diferencia que se presentaba entre la atención de profesionales hombres y mujeres». Muchas de las entrevistadas relatan sentirse incómodas al tener que recibir la atención por parte de hombres, ya que este es considerado un espacio íntimo para ellas. Algunas mujeres mencionan que debido a su orientación sexual no les resultaba fácil tener confianza en un hombre para que las atiende y evalúe, puesto que no han tenido ningún tipo de acercamiento íntimo con uno antes. Otras mencionan que, al comparar el nivel de atención brindada según el género del

profesional, siempre era mejor el trato por parte de las ginecólogas, debido a que ellas les generaban una sensación de entendimiento en relación con los propios procesos que ellas viven y por lo cual acuden a la consulta.

Me pasó, por ejemplo, que me quemaron varias verrugas por el VPH y lo hacía un hombre, y me acuerdo que le decía que me dolía. Él me decía, sí, sí sé que duele, y yo ahí pensé no sabe que duele, no tiene idea. Entonces fue muy distinto cuando me fui a atender esto mismo con una ginecóloga, como que ella me hizo sentir mucho más tranquila y en un espacio de confianza como para contarle realmente lo que me pasaba. Al final ella me curó como eso de las verrugas. (Participante 04, bisexual, 25 años)

Otra subcategoría presente es la del «contexto general de la consulta». Aquí se busca conocer cómo perciben el desarrollo de la consulta las entrevistadas y cuál es el tipo de interacción que se produce con el profesional.

Pudimos observar que las entrevistadas señalan que los profesionales no se tomaban el tiempo necesario para atender a sus dudas, generando en ellas la idea de que su atención no era más que un mero trámite. Siendo debido a esto que perciben como negativo el contexto dentro de la consulta.

Es que siento que es eso, no ven al paciente como paciente lo ven como un cliente, creo yo. Entonces, igual como para ellos es plata tienen que ser rápidos porque viene una persona después entonces como que diga rápido lo que le pasa y le doy la pastilla perfecta para que se le pase. (Participante 04, bisexual, 25 años)

Yo tenía pensado lo que quería preguntar, pero después de sus respuestas y de hacerme sentir disminuida, finalmente no pregunte nada. (Participante 06, bisexual, 40 años)

Violencia (simbólica, física, verbal y/o sexual)

La segunda categoría que consideramos relevante destacar es acerca de los distintos tipos de violencia que se producen en la consulta. Buscando reconocer con mayor claridad a qué ámbito pertenece: simbólico, físico, verbal y/o sexual. Como una subcategoría resultante se presenta la de «discriminación», entendida como expresión de actitudes y conductas negativas debido al conocimiento de su orientación sexual.

Respecto de este tema, pudimos percatarnos de que aquellas mujeres que sí habían revelado su orientación sexual dentro de la consulta ginecológica se habían percatado de un cambio de actitud por parte del ginecólogo frente a ellas, sintiéndose muchas veces discriminadas con posterioridad a dicha revelación al profesional, siendo consecuencia

de esta actitud discriminatoria el establecimiento de un ambiente poco acogedor de consulta y un trato poco asertivo hacia las pacientes.

Además, las entrevistadas, tanto las que habían desvelado su orientación como aquellas que no lo hicieron, nos mencionaron que en diferentes ocasiones se sintieron discriminadas por su apariencia física. Esto se daba de forma espontánea y sin que esto fuera un tema relevante dado el motivo de consulta. Adicionalmente, existe una infantilización de las pacientes en relación con los tratamientos que desean seguir, resultando muchas veces impuesta la decisión del profesional frente a los diversos tratamientos hormonales o anticonceptivos. Es decir, no se permite un espacio para el diálogo ni se hace partícipe a la paciente de estas decisiones que la afectan.

Fue algo como «ahí está la bata» y en ningún momento fue asertivo o empático en el trato. Fui porque me venía molestando algo. Fui recién operada, tenía roto mi ovario y aparte tenía la cicatriz de veinte centímetros en la panza. No hubo tino de parte de él, me sentí discriminada después de contarle mi orientación. (Participante 07, lesbiana, 27 años)

Decidí ir a otro ginecólogo y que supuestamente era el mejor ginecólogo que había, y aun así me sentí discriminada, no solamente por mi orientación sexual, sino que también por mi cuerpo. Me acuerdo que me hicieron comentarios de mis tatuajes [...] quería saber qué pasaba si yo quedaba embarazada dentro de los primeros seis meses después de hacerme la cirugía, como cuál era el riesgo de aborto o algo así, y antes de contestarme me dijo: «pero si quieres quedar embarazada tienes que bajar de peso», y sin que viniera a cuento, pues yo solamente quería saber qué pasaba si es que llegaba haber un embarazo. (Participante 04, bisexual, 25 años)

Otras subcategorías importantes y que aparecieron en los relatos de las participantes son «la presunción de heterosexualidad», «la problemática ante la revelación de su orientación» y «el fin netamente reproductivo dentro de la consulta».

La primera subcategoría mencionada tiene relación con cómo se asume por parte de los ginecólogos que quienes asisten a la consulta mantenían relaciones sexuales exclusivamente con hombres, sin profundizar en las parejas sexoafectivas que han tenido las pacientes o sin consultar sobre su orientación sexual.

No, siempre asumen que soy hetero, lo cual cuando era más chica me daba lo mismo, pero ahora, hace algunos años que claramente no soy hetero, es súper extraño, porque tienes que salir del closet con el ginecólogo o con la ginecóloga. (Participante 01, bisexual, 29 años)

Nunca, nunca me han preguntado. Siempre asumen que solamente he estado con hombres. Nunca me han preguntado, y me pasó hartito, que siempre iba a puros ginecólogos hombres y siempre me preguntaban cuántas parejas sexuales había tenido hasta ese momento, que igual es una pregunta súper inadecuada, pues no influye en los asuntos por los que yo iba. (Participante 04, bisexual, 25 años)

En cuanto a la segunda subcategoría, resulta que las mujeres no sienten la confianza para hablar sobre su orientación sexual con el profesional. Con la finalidad de no extender el tiempo dentro de la consulta las entrevistadas prefieren ser más puntuales con los motivos que las llevan a asistir a esta.

También me ha pasado que, yendo al ginecólogo, no lo menciono si el ginecólogo no me genera comodidad. (Participante 01, bisexual, 29 años)

Como última subcategoría, observamos que se menciona en reiteradas ocasiones que la consulta ginecológica se centra en la preocupación por preparar el cuerpo para una posible concepción. Esto entorpece la resolución de los verdaderos problemas que pueden acomplejar a las mujeres disidentes. Estos actos quitan el foco de la mujer que va en busca de alguna ayuda específica y terminan generando la imposición de hablar sobre el tema reproductivo, el cual puede no ser un tema de su interés. Del mismo modo, suponen que ser lesbiana implicaría por sí mismo un método que evitaría el embarazo.

Mi pareja le dijo, así como «sorry, pero ser lesbiana no sé si es un anticonceptivo». Su preocupación era el tema la concepción. De hecho, como que una como egoísta por no pensar en tener un hijo. También me han preguntado de entrada «¿viene por un plan para tener hijos?». (Participante 07, lesbiana, 27 años)

En el fondo no sé, como que tú sientes que te tratan como un objeto de consumo, porque eres reproductiva, eres reproductiva no más [...] siento que lo que más le daba ahí hincapié era al embarazo, más que a mis necesidades. (Participante 08, bisexual, 24 años)

Como que te preparan el cuerpo para cumplir el fin de procrear. Te cuidan para eso, más que tú como mujer, te cuidan tu cuerpo. (Participante 07, lesbiana, 27 años)

Evaluaciones generales de la experiencia dentro de la consulta ginecológica

Esta última categoría busca rescatar las sensaciones y emociones que dejó en las pacientes la visita al ginecólogo/a, profundizando en los aspectos que mejorarían de la consulta para que esta sea un espacio más cómodo y agradable para quienes reciben esta atención.

La primera subcategoría consiste en la «integralidad de la atención», que se relaciona con prestar un servicio más completo, no solamente centrado en los aspectos reproductivos en los que se basa el modelo médico hegemónico.

Se reportó que dentro de la consulta no se mostraba respeto o empatía hacia sus pacientes, teniendo en cuenta que en varias ocasiones las visitas no se daban por rutina, sino por la existencia de algún malestar en la paciente, lo que hacía de esto un momento poco agradable para ellas. Algunas de las entrevistadas relatan el poco tacto y consideración al iniciar una revisión rutinaria o de un procedimiento de mayor complejidad, puesto que no existía una comunicación asertiva o empática por parte del profesional con las pacientes y sus cuerpos.

Parece utópico pensar que no solo se proporcione una solución momentánea, sino que exista una preocupación real por la salud integral de las mujeres. Debería existir un mayor trabajo en pro de que la atención brindada sea más empática con la paciente y sus necesidades.

Me gustaría que me informaran, algo como que antes de meterte el espéculo te avisen que lo van a hacer, que va a estar frío, que te va a doler un poco. Y no así como «oiga le voy a meter esto, ahora pase» y ya están adentro. Con el gel que es bien frío no te avisan antes y es como waa... y uno se aprieta y estás con las piernas abiertas. Es incómodo, entonces encuentro que la atención es deficiente y poco empática. (Participante 07, bisexual, 27 años)

No sentí que se preocupara, porque como les dije igual tratamos otros temas [...] me dijo algo que no tenía nada que ver con el motivo de la consulta. También me recomendó hacerme el PAP, que tampoco tenía mucho que ver con la consulta. (Participante 09, lesbiana, 24 años)

Como segunda subcategoría encontramos «la actualización de conocimientos», la falta de manejo de nuevas técnicas, herramientas y conocimientos respecto a métodos de revisión e intervención que sean más amigables para las mujeres.

Las entrevistadas mencionaron que ellas perciben una falta de conocimiento por parte de los profesionales en relación con cuáles son las medidas de salud sexual que deben adoptar las mujeres que mantienen relaciones sexuales con otras mujeres, y sobre

perspectiva de género. Esta falta de actualización, expresan las participantes, hace de la consulta ginecológica un ambiente muy poco acogedor.

Yo creo que les falta actualizarse en educación sexual y de género. Yo creo que es indispensable hoy en día porque igual a muchas personas les debe dar miedo ir a un ginecólogo por esas mismas razones. A gente no binaria le debe dar miedo llegar a un ginecólogo y que lo juzguen, no sé... como que eso pienso. (Participante 04, bisexual, 25 años)

Ninguno, después de que yo les dije que era lesbiana, me dijo que había anticonceptivos para parejas lesbianas. Nunca me dio consejos tampoco. Nada, ninguno me hizo una orientación atendiendo a mi orientación sexual y amorosa. No, cero, no hubo mayor educación. Yo creo que en la atención debería haber eso. Me encantaría que me dijeran «Ah! ¿Lesbiana? Mira hay esto, esto y esto otro». (Participante 07, Lesbiana, 27 años)

La tercera subcategoría es sobre los «sentimientos atribuidos a la visita ginecológica», es importante reflejar cómo impacta en el sentir de las mujeres la visita a la consulta ginecológica y como el tipo de atención brindada podría afectar en la continuidad de las visitas, llevando incluso a dejar de lado tratamientos necesarios para su bienestar.

La mayoría de las entrevistadas no tenían buenos recuerdos atribuidos a la consulta ginecológica, relacionándola con emociones como vergüenza, enojo, rabia, confusión e invalidación. Lo anterior genera como consecuencia la reducción en las visitas ginecológicas, transformándolo en un espacio al cual recurrir solamente ante alguna emergencia o situación de mayor complejidad.

Recuerdo haberme sentido mal, avergonzada, disminuida, invalidada. Tenía rabia, estaba enojada. ¿Ellos sabrán lo mal que la hacen pasar a uno porque iba con toda la intención y las ganas de saber y conocer? Porque igual es una instancia para conocerse una misma y no me lo permitieron, entonces igual quede mal, enojada y avergonzada. Me sentí disminuida, me sentí chiquita. Puras emociones desagradables en verdad. (Participante 06, bisexual, 40 años)

Entonces como que igual te vas con un poco de impotencia, confundida, así como ¿esto es real? Impotencia también, porque tampoco puedes decir mucho [...] Super negativo, no me hizo ni ningún favor, no me aportó a mi vida, ni a mi vida sexual. (Participante 10, lesbiana, 34 años)

DISCUSIÓN

Podríamos decir que el sentimiento generalizado de las mujeres lesbianas y bisexuales en la consulta ginecológica es la incomodidad. Las participantes relataron que asistir a la

consulta ginecológica se había vuelto una situación desagradable y que genera cierto malestar anticipatorio. La práctica ginecológica se asocia a sentimientos de molestia, vulnerabilidad y deshumanización (Oscarsson et al., 2002; Reddy et al., 1997), y las emociones dominantes serían miedo y vergüenza. Estas emociones funcionarían como una barrera a la hora de iniciar una conversación sobre asuntos de su interés con su médico (Angles et al., 2021). Sumado a lo anterior, se encuentra el hecho de que casi siempre el profesional es un total desconocido para las pacientes y debe realizar procedimientos que resultan invasivos (y muchas veces, tal como relatan las participantes del estudio, son realizados de forma poco amable y respetuosa). En este marco, la idea de revelar la orientación sexual resulta sumamente estresante para muchas de ellas.

La poca formación y el escaso criterio que existe entre médicos/as, enfermeros/as y matronas/es al momento de atender a pacientes lesbianas y bisexuales aparece como el principal motivo de que no se sientan cómodas ni tampoco seguras al interactuar dentro de la consulta (Dolan, 2005; Marrazzo et al., 2005; Power et al., 2009). Resulta vital fomentar la confianza dentro del trato médico-paciente a modo de suscitar beneficios directos a las usuarias, al propiciar un contexto que les permitirá expresar de mejor manera cómo se sienten y qué es lo que buscan obtener de la consulta.

Otro punto abordado es el constante afán por cambiar o intervenir los cuerpos de mujeres y disidencias en base a consideraciones personales o a los propios ejes del modelo médico presente en la atención de salud, siendo la mujer vista como «imperfecta» al interior de la consulta ginecológica, por lo que son tratadas como seres que deben ser intervenidos en busca de una mejora (Rodrigues y Couto, 2021). Un ejemplo de lo anterior sería la entrega de medicamentos en base a lo que debería ser nuestra «función» desde la visión heteronormada del modelo.

El abandono de la consulta es una consecuencia derivada de las diversas situaciones que las participantes nos relataron durante el transcurso de la investigación. La mayor parte de las mujeres que participaron del estudio asistía regularmente (en promedio una vez al año) a la consulta ginecológica. La preocupación por su salud es un motor que aún las mantiene, pero muchas de ellas han pensado en dejar de hacerlo influenciadas por la percepción de malos tratos y de ausencia de privacidad. Por ello es vital que se trabaje en la reducción de los errores y las malas prácticas que se presentan dentro de la consulta ginecológica, y así poder avanzar en una mejor atención y actualización de las intervenciones que se efectúan. Garantizar el acceso a la salud sexual y el respeto a los

derechos sexuales de las mujeres lesbianas y bisexuales resulta fundamental. Del mismo modo sería interesante preguntarse si en vez de pensar en generar más servicios médicos de calidad para las mujeres, y en particular para las mujeres lesbianas y bisexuales, no sería mejor prepararlas y cualificarlas para atender a sus propios procesos naturales, ya sea de forma individual o colectiva.

A lo largo de esta investigación hemos intentado indagar en cómo experimentan la consulta ginecológica las mujeres lesbianas en Chile. Hemos encontrado relatos de diversas situaciones, comenzando por la experiencia de violencia dentro de la consulta ginecológica experimentada por mujeres de la disidencia sexual. Dicha violencia deriva muchas veces de prejuicios ampliamente arraigados en médicos/as, enfermeros/as y matronas/es, y basado en el desconocimiento de sus prácticas sexuales. Ejemplos de lo anterior sería la idea de que principalmente los hombres homosexuales, y no las mujeres, son quienes se encuentran más propensos a contraer algún tipo de infección de transmisión sexual (ITS), lo que llevaría a quienes toman decisiones sobre políticas públicas de salud a focalizar la mayor parte de las campañas de promoción y prevención en dicha población.

A causa del desconocimiento de médicos/as, enfermeros/as y matronas/es sobre las relaciones sexuales que mantienen las mujeres disidentes, se tiende a creer que ellas no sufren mayores riesgos o probabilidades de contagiarse de una ITS (Meinerz, 2005), lo que produce la invisibilización de las mujeres disidentes y de sus prácticas, generando como consecuencia una mayor desinformación dentro de la consulta y una menor asistencia por parte de este grupo de mujeres (Brown et al., 2014), dada la incomodidad que esto les genera.

Al no existir suficiente investigación que oriente las políticas públicas en nuestro país, se ha generado un déficit en cuanto a programas de prevención y promoción de salud sexual orientados a mujeres lesbianas y bisexuales (Blin et al., 2015; Osgood-Roach, 2011). En este sentido, resulta imperante formar profesionales con mayor conocimiento en temáticas de género y sexualidad, pues la desinformación y el mal manejo en estas áreas terminan provocando distintos tipos de violencia dentro de las consultas, y afectando la permanencia de las usuarias (lo que en la práctica las pone en riesgo y vulnera sus derechos sexuales) (Cárdenas y Salinero, 2023). De ahí que un cambio en el nivel de la formación de médicos/as, enfermeros/as y matronas/es (incluir temática en currículos

formativos y actualización de contenidos) parece necesario en vista de implementar mejoras en la atención de este segmento de la población.

Por otro lado, nos encontramos con estereotipos de roles de género reproducidos dentro de la consulta. La principal barrera aquí parece ser un enfoque de la atención en el rol reproductivo de las mujeres, y no así en su salud integral. Esto se puede ver reflejado en algo tan sencillo como el motivo por el cual la mujer asiste por primera vez al ginecólogo. Este se vincula principalmente a la primera menstruación, la cual culturalmente marca un inicio en el desarrollo reproductor de las mujeres o también a la primera relación sexual heterosexual, la cual se relaciona con la posibilidad de procreación. Del mismo modo, en el hecho de que casi todas las mujeres, tras su primera consulta, terminen con una receta de anticonceptivos en sus manos. Posterior a esta primera visita comienza un ciclo continuo de controles ginecológicos, atención que las acompañará durante toda su vida, los cuales se relacionan fuertemente con el aumento de la medicalización de cuerpos femeninos y las creencias respecto a su salud sexual (Brown et al., 2014).

Este estudio posee ciertas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta y subsanadas en el futuro. En primer lugar, se trata de una muestra reducida y obtenida de modo poco sistemático, lo que impide generalizar de cualquier forma los hallazgos. No obstante, se trata de uno de los pocos estudios disponibles en español sobre este tema y puede ser una buena guía para acercarse al campo y orientar investigaciones futuras. En este sentido somos conscientes de que resulta necesario ampliar la investigación a personas trans que requieren servicios ginecológicos específicos, quienes por su expresión e identidad de género se alejan aún más de los márgenes de la heteronorma que rigen las consultas ginecológicas.

CONCLUSIÓN

Podemos vislumbrar que la ginecología sigue siendo una práctica heteronormada en la cual se espera que el sexo se vincule con la identidad de género y que está se relacione causalmente con la orientación sexoafectiva, concluyendo en determinadas prácticas sexuales; es decir, que aquellas personas nacidas con vulva se identifiquen como mujeres y, en consecuencia, tengan deseos sexuales exclusivamente hacia alguien del sexo opuesto, en este caso hombres. Del mismo modo se les supone una subjetividad maternal que hace que el modelo médico genere presiones normalizadoras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGRUPACIÓN LÉSBICA ROMPIENDO EL SILENCIO. *Estudio exploratorio: Ser Lesbiana en Chile*. 2016. Disponible en: www.rompiendoelsilencio.cl/lanzamiento-estudio-exploratorio-ser-lesbiana-en-chile/.
- ANGLÈS, S.; CASTELO-BRANCO, C. ¿Hablamos de sexo cuando acudimos a la visita ginecológica? *The Conversation*. 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/177586>.
- ASOCIACIÓN DE MUJERES PARA LA SALUD. *Los servicios de ginecología que queremos las mujeres*. 2017. Disponible en: www.mujieresparalasalud.org/tag/ginecologia/.
- BELEÑO, C. «Creí que las Lesbianas eran un Mito»: *Construcción de Conocimientos por una Reapropiación de la Atención en Salud Sexual a Mujeres Lesbianas* [Trabajo de grado]. Pontificia Universidad Javeriana, 2018.
- BOHREN, M. A., et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. En: *PLoS Med*. 2015, vol. 12, núm. 6.
- BROWN, J., et al. Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. En: *Interface*. 2014, vol. 18, núm. 51, pp. 673-684.
- CAMACARO, D. Cuerpo de Mujer: Territorio Delimitado por el Discurso Médico. En: *Comunidad y Salud*. 2007, vol. 5, núm. 1, pp. 32-37.
- CANO, V. Imaginarios sexuales y des/atención médica: La ginecología como dispositivo de hetero-cis-normalización. En: *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 2020, vol. 30, pp. 42-58.
- CÁRDENAS, M.; SALINERO, S.; GARCÍA, C. Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. En: *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*. 2020, vol. 80, núm. 3, pp. 187-196.
- CÁRDENAS, M.; SALINERO, S. Impacto y consecuencias de la violencia ginecológica en la vida de las mujeres. En: *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2023, vol. 83, núm. 1, pp. 54-66.
- CASTRO, R. Una nueva mirada sobre rol del gineco-obstetra en la salud de las personas. En: *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2007, vol. 72, núm. 1, pp. 1-4.
- COLECTIVA CONTRA LA VIOLENCIA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA. *Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica en Chile 2019- 2020. Síntesis de resultados*. 2020. Disponible en: https://lajugeramagazine.cl/wp-content/uploads/2020/09/Resultados-GinObs-2019-2020_julio.pdf.

- CÓRDOBA, D. Teoría queer: reflexiones sobre sexo, sexualidad e identidad. Hacia una politización de la sexualidad. En: Córdoba, D.; Sáez, J.; Vidarte, P. (eds.). *Teoría queer. Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas*. Madrid: Egales, 2005, pp. 21-66.
- DÍAZ, L., et al. La entrevista, recurso flexible y dinámico. En: *Investigación en educación médica*. 2013, vol. 2, núm. 7, pp. 162-167.
- ESCOBAR, V. *Mujeres profesionales en ruptura con la maternidad: La decisión de no tener hijos y sus implicancias en las esferas de lo laboral y la salud sexual reproductiva* [Tesis de grado]. Universidad de Concepción, 2018.
- ESPINOSA, B. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. En: *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013, vol. 39, núm. 1, pp. 1-3.
- ESTAY, G., et al. Atención en salud de personas LGBT+: Perspectivas desde la comunidad local penquista. En: *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2020, vol. 85, núm. 4, pp. 351-357.
- FERNÁNDEZ, L. *Sexualidad. Lo que necesitas saber para vivirla plenamente*. Chile: El mercurio, 2020.
- GARCÍA, P. Identidad de género: modelos explicativos. En: *Escritos de Psicología*. 2005, vol. 7, pp. 71-81.
- GIL, M.; BALLESTER, R.; FLORES, R. La orientación sexual en personas mayores: Categorías, deseos y realidades. En: *Información psicológica*. 2020, vol. 120, pp. 35-49.
- GORGOROSO, M.; FORRISI, F. Capítulo 5: Atención ginecológica de mujeres lesbianas y bisexuales. En: *Salud y diversidad sexual*. Montevideo: Universidad de la República, 2015.
- HERNÁNDEZ, G. Consideraciones semánticas y pragmáticas en torno al significado. En: *Cvb Episteme*. 2015, vol. 35, núm. 1, pp. 67-81.
- HERRERA, C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. En: *Revista general de información y documentación*. 2018, vol. 28, núm. 1, pp. 119.
- LÓPEZ, J. El análisis de contenido: una técnica para explorar y sistematizar información. En: *XXI. Revista de educación*. 2002, vol. 4, pp. 95-106.
- MARTÍNEZ, R. A. Principales tipos de limitaciones. En: *Revista Comunicar*. 2017.
- MEINERZ, N. *Entre Mulheres. Estudo etnográfico sobre a constituição da parceria homoerótica feminina em segmentos medios na cidade de Porto Alegre* [Tesis de máster]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.
- MENÉNDEZ, E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. En: *Salud colectiva*. 2020, vol. 16.
- MERTEHIKIAN, Y. La salud sexual y (no) reproductiva en debate: apuntes a partir de experiencias de mujeres lesbianas y bisexuales en la Ciudad de Buenos Aires. En: *La manzana de la discordia*. 2017, vol. 12, núm. 1, pp. 21-30.

- MINISTERIO DE SALUD. *Salud de la Mujer*. Chile: MINSAL, 2015. Disponible en: www.minsal.cl/salud-de-la-mujer.
- NAVARRETE, J. «Por ti, por mí, por todas nosotras»: *Experiencias de autocuidado en salud sexual de mujeres lesbianas que habitan Santiago de Chile* [Memoria de Título]. Universidad de Chile, 2018.
- PERROTTA, G. Concepciones de sujeto/paciente en salud sexual y reproductiva: acceso de mujeres lesbianas y bisexuales. En: *Acta académica*. 2017, pp. 49-52.
- QUIRÓS, C. *Invisibilidad en la consulta: narrativas de mujeres lesbianas y bisexuales en torno a la atención ginecológica en centros de salud de Barcelona* [Trabajo de grado]. Universidad de Barcelona, 2020.
- RODRIGUES, J. L.; COUTO FALCAO, M. T. Experiences of gynecological care by lesbian and bisexual women: (in)visibility and barriers to the exercise of the right to health. En: *Saúde Soc*. 2021, vol. 30, núm. 1.
- SALINERO, S. «Fue un terremoto»: violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. En: *Debate Feminista*. 2021, vol. 62.
- SALINERO, S.; CÁRDENAS, M. Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. En: *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*. 2021, vol. 81, núm. 3, pp. 226-238.
- SAXE, F. *Teorías Queer. Géneros, feminismos, disidencias*. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata, 2018. Disponible en: www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/programas/pp.11217/pp.11217.pdf.
- SILLBERMAN, P.; BUEDO, P.; BURGOS, M. Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. En: *Revista de salud pública*. 2015, vol. 18, núm. 1, pp. 1-12.
- TAMBURRINO, M., et al. Cuerpo, sexualidad y «cosas de mujeres». Un análisis de la atención ginecológica. En: *IV Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, 2007.
- TAPIA, M. Responsabilidad Civil Médica: Riesgo Terapéutico, Perjuicio de Nacer y Otros Problemas Actuales. En: *Revista de derecho*. 2003, vol 15, pp. 75-111.
- TOBASÍA-HEGE, C., et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. En: *Rev Panam Salud Publica*. 2019, vol. 43, p. e36.
- VERGARA, P.; GRANADOS, J. Régimen heterosexual y salud de mujeres lesbianas: desencuentros con el modelo médico hegemónico. En: *Salud Colectiva en México: quince años del Doctorado en la UAM*. 2018, pp. 157-178.
- ZAMORA, S. *Satisfacción de los usuarios externos acerca de la infraestructura y de la calidad de atención en la consulta del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de la Solidaridad de Comas agosto 2011-febrero 2012* [Tesis de grado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015.

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: RUTAS DE REPARACIÓN EN LAS COMISIONES ESTATALES DE DERECHOS HUMANOS EN SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO

La violència obstètrica: rutes de reparació en les comissions estatals de drets humans a San Luis Potosí, Mèxic

Obstetric Violence: Routes of Redress in the State Human Rights Commissions in San Luis Potosi, Mexico

María de Lourdes Alejandra Miranda-Herrera¹, Andrés Alcalá²

Autor correspondencia: María de Lourdes Alejandra Miranda Herrera

Correo electrónico: mariadelourdesamh@gmail.com

1. Doctoranda en el Programa de Doctorado en Estudios Críticos de Género, Universidad Iberoamericana, Campus Santa Fe, Ciudad de México. (*Ciudad de México, México*)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6831-4650>.

2. Doctorando en el programa de doctorado en Estudios Latinoamericanos de la Universidad Nacional Autónoma de México. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-7606-7998>.

Recibido: 07/06/2023

Aceptado: 29/09/2023

Publicado: 30/11/2023



RESUMEN

A partir de la reconstrucción del discurso presente en dos recomendaciones emitidas por la Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí en donde existe pérdida perinatal y muerte materna, el presente artículo pretende analizar la dimensión institucional de la violencia obstétrica dentro de las autoridades de salud del Estado de San Luis Potosí, México. El análisis involucra, por un lado, la conceptualización de la violencia obstétrica como la acumulación de violencias sistemáticas que atraviesan las mujeres como resultado de fallas estructurales que no se reducen al ámbito hospitalario, sino que inciden en la vida comunitaria y política de las mujeres. De otro lado, implica analizar el tipo específico de derechos humanos violados a partir de la violencia obstétrica en los niveles y dimensiones señaladas. Para la elaboración del presente se utilizó metodología con enfoque cualitativo a través de la selección y análisis de información proveniente de fuentes secundarias a partir de dos recomendaciones emitidas por la CEDH del Estado de San Luis Potosí. Los parámetros para realizar la discriminación de las recomendaciones analizadas se basaron en el contenido de los relatos respecto a las dimensiones mencionadas y así mismo por la gravedad de las violaciones cometidas. Para la selección de los casos se analizaron los contenidos de los relatos y la calidad de las recomendaciones contrastándolas con la teoría sobre género e instituciones.

Palabras clave: violencia obstétrica, derechos humanos, género, instituciones.

RESUM

A partir de la reconstrucció del discurs present en dues recomanacions emeses per la Comissió Estatal de Drets Humans de Sant Lluís Potosí on existeix pèrdua perinatal i mort materna, el present article pretén analitzar la dimensió institucional de la violència obstètrica dins de les autoritats de salut de l'Estat de Sant Lluís Potosí, Mèxic. L'anàlisi involucra, per un costat, la conceptualització de la violència obstètrica com l'acumulació de violències sistèmiques que travessen les dones com a resultat de falles estructurals que no es redueixen a l'àmbit hospitalari, sinó que incideixen en la vida comunitària i política de les dones. D'un altre costat, implica analitzar el tipus específic de drets humans violats a partir de la violència obstètrica en els nivells i dimensions assenyalades. Per a l'elaboració del present article es va utilitzar metodologia amb enfocament qualitatiu a través de la selecció i anàlisi d'informació provinent de fonts secundàries a partir de dues recomanacions emeses per la CEDH de l'Estat de Sant Lluís Potosí. Els paràmetres per a realitzar la discriminació de les recomanacions analitzades es van basar en el contingut dels relats respecte a les dimensions esmentades i així mateix per la gravetat de les violacions comeses. Per a la selecció dels casos es van analitzar els continguts dels relats i la qualitat de les recomanacions contrastant-les amb la teoria sobre gènere i institucions.

Paraules clau: violència obstètrica, drets humans, gènere, institucions.

ABSTRACT

Towards the language analysis performed on two recommendations issued by the local human rights commission located in San Luis Potosí, México, this paper pretends to uncover the institutional dimension of obstetric violence which acts on a local level of health authorities. The analysis stands by a concept of obstetric violence as a systematic violence accumulation committed on the women's bodies produced by an (undiminished) hospital-structural failure; but also, a poor performs on the medical state public services affected by the communitarian and political life of those women. This analysis also involves the human rights dimension of women on this form of violence, which stands on the before said, local level of healthcare public system. The research was structured with a qualitative approach through the selection of secondary information sources towards two recommendations issued by the human rights' local authority. The information sources were purely based on the content of the violations present on each document, taking on consideration the human right gross violations and the quality of the recommendations.

Keywords: obstetric violence, human rights, gender, institutions.

I. INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica en tanto que fenómeno social implica el estudio de las diversas expresiones en las que se encarna esta violación de los derechos humanos.¹ La mayor parte de las investigaciones sobre el tema comprenden el problema desde su manifestación dentro del paisaje hospitalario dejando de lado la participación simbólica de otras instituciones formales e informales que mantienen o generan resistencias sobre las que se manifiesta la violencia.

Por lo anterior, el presente trabajo se pregunta por el resto de las instancias que participan en el desarrollo de la vida institucional, analizando como caso de estudio la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de San Luis Potosí, México; específicamente, dos recomendaciones emitidas por dicha institución relativas a violaciones graves de derechos humanos derivados de violencia obstétrica que tienen como resultado la muerte perinatal y materna prevenibles.

La pregunta de investigación que guía este artículo tiene por objetivo analizar de qué manera las recomendaciones emitidas por la CEDH pueden movilizar cambios y/o reforzar las violencias denunciadas, cristalizando las tensiones entre poder y género. Es decir, se pretende analizar las dimensiones institucionales de la violencia obstétrica. La metodología utilizada da cuenta del propósito planteado en el objetivo descrito en tanto que pretende la comprensión e interpretación de elementos discursivos que surgen de los documentos institucionales, para contrastar dichas acciones (como fenómeno empírico) con las violaciones concretas de derechos humanos de las mujeres, que se dan en la atención a su salud reproductiva y sexual.

El presente artículo se construye a partir de tres momentos fundamentales: en el primero de ellos se analizan dos recomendaciones emitidas por la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de San Luis Potosí (CEDH), donde mujeres indígenas experimentan formas diversas de violencia obstétrica que tienen como desenlace la

¹ Las que pueden comprender «desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor, durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos» (GIRE, 2015).

muerte. Partiendo de estos hechos, se realiza, en un segundo momento, una contextualización de la violencia obstétrica como violencia de género e institucional en México, su reconocimiento, sus contradicciones y las consecuencias en las subjetividades, instituciones y estructuras. La última parte realiza una comparación entre los aportes teóricos de Barbara Risman y Celeste Montoya sobre los espacios institucionales y las violencias que atraviesan las mujeres, así como la narrativa contenida en las dos recomendaciones escogidas emitidas por la CEDH.

En las conclusiones se reflexiona acerca de las implicaciones que las violencias narradas tienen en el contexto institucional para la mejora de la atención en salud, tratando de mostrar la dimensión institucional de la violencia obstétrica, cuyas consecuencias van más allá de la atención hospitalaria recibida durante el parto o las intervenciones médicas dentro del hospital.

II. DOS CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA ANTE LA COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Desde hace años, el activismo y la academia mexicana han denunciado una escalada de violaciones de los derechos reproductivos y sexuales que viven las mujeres de forma rutinaria en los servicios de salud. Si bien los conceptos teóricos utilizados para apoyar las denuncias han variado con relación a los contextos y momentos históricos, el término violencia obstétrica ha cobrado relevancia al contar con un componente estructural. Como señalan Muñoz García y Berrio Palomo (2020: p. 119), «la violencia obstétrica es el conjunto de violencias a los derechos humanos de las mujeres que se ejercen hacia al interior de las instituciones y servicios de salud pública y que es responsabilidad del Estado, al poseer una dimensión institucional que va más allá de los prestadores de salud».

Así, la violencia obstétrica se diferencia de otras formas de violencia que tienen lugar en el ámbito hospitalario, al poner el énfasis en los procesos reproductivos, ya que no se trata solo de una violencia vivida durante el parto, sino de una expresión de la violencia estructural que atraviesan las mujeres y que se expresa en la atención de sus procesos reproductivos, configurándose sobre sus cuerpos, poniendo su vida en riesgo (Sadler, 2020).

Diversas autoras y organismos no gubernamentales han señalado que las resistencias a la incorporación del término en las instituciones y personal de salud es debido a que se considera poco diplomático. A este respecto, Gabriela Arguedas señala que no utilizar la

categoría violencia obstétrica es «producir una despolitización del problema y un vaciamiento ético de las causas y las consecuencias que tiene, la negación del concepto es una negación de la situación en sí misma y por ende es negar las experiencias y denuncias de las mujeres» (2019).

En el ámbito de los derechos reproductivos, teniendo en cuenta los compromisos internacionales que ha adquirido México como parte de diversos Convenios Internacionales que buscan eliminar todos los tipos de violencia en contra de las mujeres, (CEDAW y Belém do Pará), se ha ido incorporando el concepto de violencia obstétrica dentro de las normativas nacionales y estatales de manera paulatina, desde el 2016. Pese a ello, mujeres y personas gestantes se enfrentan a diversas violencias de manera cotidiana en la atención del embarazo, parto y posparto; además, la tasa más alta de incidencia de muertes perinatales y maternas prevenibles sigue siendo mayormente en poblaciones vulnerables, como es el caso de las mujeres indígenas (GIRE, 2021).

Con el estado actual del derecho, la mayoría de los derechos humanos son un terreno de disputa, y los derechos sexuales y reproductivos no son la excepción. A pesar de que el Estado es un sujeto garante de los derechos humanos de los particulares, la realidad es que, en su mayoría, el Estado continúa retrayendo sus funcionalidades, casi por completo, de los aspectos de la vida social de las mujeres.

Frente a esta disputa, las mujeres pueden hacer frente a través de un repertorio variado de mecanismos con diferentes propósitos. El más inmediato por estar al alcance de la mayoría de las mujeres es la presentación de una queja en una sede administrativa dentro de la institución de salud. Esto implica que las mujeres acudan a esta instancia de manera más frecuente por la inmediatez que representa. Dado que los procedimientos de queja son determinados por cada institución, la falta de homogeneidad en los procedimientos y transparencia entre el conflicto de intereses al resolverse de manera interna hace difícil que se realice una lectura profunda de las violaciones en un primer análisis.

Por otro lado, en México se encuentra la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), que es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud Federal cuyo objetivo es ofrecer mecanismos alternativos de solución de controversias entre prestadores de servicios de salud y usuarios a través del arbitraje (Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Medicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2006). Sin embargo, no se encuentra presente en todas las entidades y suele centrarse exclusivamente en la actuación individual del personal de

salud, sin analizar las fallas estructurales; procedimentalmente, la decisión arbitral se limita solamente a las partes involucradas (GIRE, 2015). Además, en veinticuatro leyes estatales de acceso a una vida libre de violencia se incluye de forma explícita la definición de violencia obstétrica, y en los Estados de Aguascalientes, Chiapas, Guerrero, Estado de México, Veracruz, Yucatán y Quintana Roo se encuentra tipificada como un delito (Gire, 2018).

Finalmente existen la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y las diversas Comisiones Estatales de Derechos Humanos. Todas trabajan como organismos autónomos facultados para tratar quejas respecto de actos u omisiones violatorios de derechos humanos provenientes de funcionarios públicos. Además, emiten recomendaciones públicas, autónomas y no vinculantes (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2011, artículo 102, apartado B).

La Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí y la violencia obstétrica

Las Comisiones Estatales de Derechos Humanos (CEDH) trabajan como un organismo autónomo separado de la estructura centralizada del Estado. Desde esta posición, sirven como medio para evidenciar las violaciones sistemáticas cometidas en el acontecer cotidiano de la vida institucional centralizada. En un nivel más complejo, su función permite evidenciar las carencias institucionales presentes en la cotidianidad de estos organismos. De aquí la importante labor de las comisiones locales de derechos humanos con relación al papel estructural de las violaciones que se cometen institucionalmente. El quehacer de las comisiones de derechos humanos en el ámbito local, de acuerdo con el procedimiento enmarcado en su ley (Quincuagésima Octava Legislatura Constitucional del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, 2009), se limita a iniciar, desarrollar y hacer seguimiento de investigaciones por violaciones de derechos humanos, con el propósito de integrar una relatoría adecuada de las violaciones de los mismos y que concluyan con una recomendación a los responsables para que no continúen cometiendo tales violaciones, en atención a la garantía de no repetición.

De igual manera, las investigaciones a violaciones de derechos humanos, que integran las comisiones, siguen la lógica marcada por los puntos 4 y 5 de la Resolución 60/147, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 16 de diciembre de 2005, que integra este derecho en sus «principios y directrices básicos sobre el derecho de las

víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones». Estas investigaciones interactúan con el sistema regional de protección de derechos humanos, dentro del marco del artículo 48 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) y su principal función es documentar y relatar las violaciones cometidas contra derechos humanos. En un sentido más inmediato, funcionan como precedentes, a través de documentos que tienen el carácter de «recomendaciones», que pueden contribuir en la mejora de la actividad administrativa. En este sentido asociaciones civiles como Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) reconoce que la emisión de recomendaciones «ha sido determinante para lograr acuerdos con las autoridades competentes para reparar adecuadamente las violaciones de derechos humanos cometidas» (GIRE, 2015).

Para el caso, se analizaron las recomendaciones 10/2019² y 25/2019³ realizadas por la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de San Luis Potosí a la Dirección General de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, de las cuales se advierten sesgos institucionales y estructurales respecto a la identificación de la violencia obstétrica como una expresión de la violencia institucional y de género que reciben los cuerpos de las mujeres durante la atención de sus procesos reproductivos y que desenlazan en la violación al derecho a la salud y finalmente a la vida.⁴

Muerte materna de joven indígena

En el expediente 1 VQU-1018/16, se integra la investigación por la muerte de una mujer de diecisiete años de origen indígena (Xi úi) en la última etapa de su embarazo. La queja

² «Sobre el caso de inadecuada atención médica en diagnóstico especializado de V1, adolescente indígena embarazada, en el Hospital General de Rioverde» (Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, 10/2019, 2019). Esta recomendación consta del expediente 1VQU-1018/16, de donde se deriva la investigación de los hechos realizada respecto de la violación a derechos en perjuicio de la víctima menor de edad. El expediente y la denuncia de hechos fue formulada en el año 2016.

³ «Sobre el caso de inadecuada atención médica en el Hospital General de Ciudad Valles, que se cometió en agravio de V1, cuyo resultado fue VRN con asfixia perinatal, quien falleció a los dos días de su nacimiento» (Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, 25/2019, 2019). Esta recomendación fue iniciada de oficio por la Comisión emisora y deriva del expediente 2 VQU-0109/17, por hechos ocurridos en el año 2017.

⁴ Las dos recomendaciones fueron seleccionadas de un total de dieciséis de las emitidas por tales instituciones entre los años del 2018 al 2020 en materia de salud materna. El criterio para discriminarlas fue la relevancia del contenido de las mismas, pues contienen violaciones estructurales casi imperceptibles que se desprenden de hechos de violencia institucional sobre el cuerpo de las mujeres.

fue interpuesta por su padre y suegro, quienes son los relatores principales de las omisiones de atención durante el control prenatal de la joven. Del relato se extraen como hechos relevantes que el 28 de septiembre de 2016 la joven fue referida por la Unidad CRAIM del IMSS-Prospera, en la localidad de Santa María Acapulco en el municipio de Santa Catarina,⁵ al Hospital General de Rioverde en la décima consulta de control prenatal debido a estar cursando un embarazo de alto riesgo.

Al acudir a la interconsulta en el Hospital General de Rioverde, se le realizó ultrasonido y perfil toxémico, indicándose que presentaba treinta y cuatro semanas de gestación, sin trabajo de parto y normo tensa. Fue dada de alta indicándole datos de alarma, pese a que ya había sido identificada en la unidad de primer nivel como un embarazo de alto riesgo y referida al hospital de segundo nivel, la joven y su familia no recibieron información sobre su estado de salud y gestación, ni de las precauciones que debía de tener. El 22 de octubre de 2016, día de su muerte, comenzó a sentir dolores en la cabeza en las primeras horas de la madrugada, pero no pudo trasladarse al hospital más cercano a su comunidad porque en dicha zona la clínica no brinda atención especializada y no se encontraba abierta al ser fin de semana. Además de no contar con personal de salud, no tiene vehículos para el transporte de pacientes ambulatorios.

Debido a lo anterior, la joven fue trasladada en una camioneta particular que su familia consiguió en las primeras horas de la mañana al Hospital General de Rioverde. Al ingresar en este, el cuadro clínico que presentaba la paciente y su producto eran críticos. Una hora después de su ingreso hospitalario se informó que el producto se encontraba obitado y que la joven había perdido la vida a causa de un edema agudo de pulmón, emergencia hipertensiva y eclampsia severa al cursar primer embarazo de ocho meses de gestación.

Al integrar el expediente, la Comisión Estatal incorpora un peritaje médico que concluye que la atención médica brindada durante los periodos y etapas del embarazo no fueron las adecuadas (Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí,

⁵ El Municipio de Santa Catarina es relativamente pequeño en términos demográficos. De acuerdo con datos oficiales emitidos en el Censo 2020 elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el tamaño de la población apenas rebasa los doce mil habitantes, los cuales, de acuerdo con datos emitidos por este mismo instituto, el 93.5% de los habitantes están afiliados al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) como servicio principal de salud (cfr. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021). Sobre la afiliación a este sistema de salud, el servicio tiene como finalidad que se afilie al sistema de salud a las personas que no cuentan con seguridad social como producto de su trabajo. Este mecanismo fue disuelto en 2023 para incorporar sus servicios al IMSS-Bienestar (Canal del Congreso, 2023).

10/2019, 10, 2019); por lo anterior, se concluye que se trata de una violación de derechos humanos en cuanto a la protección de la salud y la vida de la joven y su producto, derivado de la deficiente atención médica (Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, 10/2019, 12, 2019).

Muerte perinatal por omisiones en la atención

El segundo caso corresponde al expediente integrado 2 VQU-0109/17, que fue iniciado de oficio⁶ por la comisión aludida para investigar las posibles violaciones de derechos humanos de la víctima por los hechos acontecidos en el Hospital General de Ciudad Valles, del Estado de San Luis Potosí. En este caso el bebé perdió la vida dentro de las primeras cuarenta y ocho horas posteriores a su nacimiento. Los trabajos de parto se iniciaron cuando la víctima acude al hospital básico comunitario ubicado en el Municipio de Tamuín,⁷ en la región Huasteca del Estado. Pese a que la paciente experimentaba síntomas y dolores inherentes al parto, el médico no realizó el ingreso hospitalario por no presentar dilatación.

Al regresar al día siguiente, el médico de turno continuó negando la atención, remitiéndose al Hospital General de Ciudad Valles. Dos días después de la primera consulta, la víctima acudió a un centro de salud local donde había llevado sus consultas prenatales. La médico responsable de su expediente clínico le dijo que debía ir al hospital de Ciudad Valles, pues presentaba un cuadro de preeclampsia y, por ende, deberían practicarle una cesárea. Cuando llegó al hospital referido, le dijeron que su parto no podía ser por cesárea, sino natural.

En el hospital de Ciudad Valles, después de la primera revisión, la víctima estuvo cerca de cinco horas en sala de espera antes de su ingreso. Durante este tiempo presentó dolor en el brazo izquierdo y zumbidos en oídos. Pese a señalar su malestar la enfermera le indicó que debía de esperar porque había más personas que necesitaban atención. A las 13:30 horas (2 días con 6 horas después del primer contacto médico), la ingresaron. La paciente ya no presentaba dolores y le indicaron que su bebé se encontraba bien. Sin

⁶ Es decir, que no medió una denuncia para iniciar la investigación.

⁷ Por sus condiciones históricas, este Municipio es demográficamente más extenso que el anterior. La población actual rebasa los treinta y seis mil habitantes de los cuales la afiliación al sistema INSABI es porcentualmente inferior, con un total de 50.7% de población afiliada. Como dato relevante se encuentra que el 42.0% se encuentra afiliada a la seguridad social obligatoria del servicio IMSS. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Ídem)

embargo, en el seguimiento médico le señalaron que no presentaba dilatación y le suministraron oxitocina artificial. En la madrugada de ese mismo día, se le rompió la bolsa de las aguas. Pese a ello, debió esperar al ginecólogo, que entraría a trabajar a su turno en la mañana siguiente.

Cuando el ginecólogo le atendió le pidieron esperar más tiempo, indicando que todo estaba bien. En la madrugada del día siguiente (48 horas después del primer contacto con el hospital), se le practicó una cesárea. El recién nacido presentaba asfixia perinatal, y acabaría falleciendo horas después del nacimiento (Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, 25/2019, 2, 2019).

En este segundo caso, la comisión estatal, al integrar el cuadro de violaciones que se desprenden de la relatoría realizada, así como de las evidencias recopiladas, encuadra las mismas como una violación del derecho a la salud, a diferencia del primer caso, donde se señala una inadecuada atención médica en el diagnóstico especializado. En ambos casos la CEDH concluye que las víctimas deberán ser inscritas en el Registro Estatal a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas para efecto de que se les brinde atención psicológica por la pérdida, además de la necesidad de iniciar las respectivas investigaciones por la vía penal.

Con relación a las instituciones y personal de salud se señala la necesidad de que ambos hospitales de segundo nivel cuenten con personal especializado en ginecología para la atención de embarazos de alto riesgo y amplio conocimiento de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-2016⁸ y NOM-004-SSA3-2012,⁹ así como la *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo*. También se recomienda que se investigue y se determine la responsabilidad administrativa. Finalmente señala la necesidad de capacitación en materia de derechos humanos y género. (Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, 25/2019, 29, 2019).

A partir estas dos recomendaciones, se puede analizar la importancia de que las comisiones en materia de derechos humanos reconozcan la existencia de la violencia obstétrica más allá de faltas por parte del personal de salud al momento de otorgar atención o un incumplimiento de la normativa nacional en materia de salud. En este

⁸ Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

⁹ Del expediente clínico.

sentido, como se desarrollará más adelante, el término violencia obstétrica no se reduce a la atención personal de salud-paciente y reconoce las responsabilidades de las instituciones y el Estado de garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Así, los recursos limitados y la falta de personal pueden generar malas prácticas. Sin embargo, en los casos presentados, al no tener un abordaje desde la perspectiva de género y derechos de las mujeres, su resolución es limitada, pues dejan de lado cuestiones estructurales que históricamente han limitado el acceso de las mujeres a una vida digna. En los apartados siguientes se desarrollarán estas ideas.

III. ANTECEDENTES: LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y SU RECONOCIMIENTO A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL

Históricamente la violencia obstétrica ha sido invisibilizada y reducida al ámbito privado al ser ejercida por el personal de salud en la atención de todos los procesos y etapas de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, como el parto, la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto y la menopausia (Belli, 2013: p. 28). La violencia obstétrica es una violación de los derechos humanos de las mujeres. Dentro de la normativa internacional, la misma es considerada una violación de derechos como la igualdad, la no discriminación, el acceso a la información, la integridad, la salud y la autonomía reproductiva (Villaverde, 2006, citado por Belli, 2013, p. 30). América Latina ha sido pionera en la conceptualización de la violencia obstétrica desde hace poco más de tres décadas, logrando el reconocimiento de la violencia obstétrica dentro del marco normativo latinoamericano.

El término «violencia obstétrica» se ha propuesto para englobar diversas prácticas que incluyen una mala práctica clínica en la atención en el embarazo, parto y puerperio, pero que al realizarse en cuerpos sexuados e históricamente subalternizados adquiere expresiones específicas de abuso y falta de respeto, lo que no sucede en el caso de otras áreas de la medicina. Ejemplo de ello son la objetivación, infantilización, manipulación, humillaciones, violencia psicológica, anticoncepción forzada, etc. (Sadler et al., 2016). En este sentido, la violencia obstétrica es una expresión de la violencia de género, y como vimos en los casos señalados, adquiere características específicas al conjugarse con otras

inequidades estructurales y de violencia que se perpetúan contra las mujeres dentro y fuera del sistema de salud (Sadler, 2016).

Por lo tanto, reconocer por un lado la existencia de la violencia obstétrica y por el otro los matices que la misma adquiere dependiendo de los contextos donde se presente conlleva un posicionamiento político, al reconocer este tipo de violencia como una categoría epistémica que la señala como una violencia sistemática (Siesas, 2020). En este sentido, el análisis de los sistemas de salud evidencia que la violencia obstétrica ha sido normalizada y aceptada por sus integrantes y por la población en general. Se piensa que la práctica médica no tiene otra forma de ser/hacer su labor. Por su parte, la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM)¹⁰ establece que la «violencia obstétrica se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente» (CNPEVM, 2016: p. 1), por lo que las manifestaciones de este tipo de violencia son muy diversas, desde procedimientos o medicación innecesaria o no consentida hasta insultos verbales de las personas profesionales de la salud hacia las parturientas.

Dichas prácticas suceden en instituciones específicas con características particulares, por lo que el estudio de la violencia obstétrica se ha tratado de ampliar incluyendo la falta de recursos y de infraestructura de los servicios de salud, que llegan a afectar de forma directa la privacidad e intimidad de las mujeres. En este sentido, a nivel nacional una de las leyes que mejor caracteriza la violencia obstétrica es la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz,¹¹ que reconoce en la violencia obstétrica un carácter simbólico subjetivo en el cuerpo de las mujeres.

¹⁰ Esta Comisión fue creada mediante la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007. (Ley General de Acceso de Las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia, 2007).

¹¹ «La violencia obstétrica significa la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, 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; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina [...], obstaculizar el apego precoz [...], alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, [...] cualesquiera otras que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, la integridad o libertad de las mujeres» (LAVLVVDED, 2007: artículos 5 y 6)

Recomendaciones de derechos humanos y violencia obstétrica

A nivel internacional, el reconocimiento de la violencia obstétrica se da gracias al caso de Da Silvia Pimentel contra Brasil en 2011, el cual nombra la muerte materna como una violación de los derechos de las mujeres por parte del Comité CEDAW (Alcalá, 2019). A partir de este caso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una serie de recomendaciones para promocionar el parto humanizado sin retomar, no obstante, el término violencia obstétrica.

En julio de 2019, la relatora especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer presentó en la Asamblea General de la ONU el informe *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*, en el cual se reconoce la presencia de violencia obstétrica como una práctica generalizada y arraigada en los sistemas de salud (ONU, 2019 en Alcalá, 2019). Esto implicó avances importantes a nivel internacional en la protección de los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes, ya que reconoce la existencia de la violencia obstétrica como una expresión de violencia contra las mujeres.

A nivel nacional, en el 2018 se emitieron dos recomendaciones al Estado mexicano en materia de violencia obstétrica por parte del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la segunda por parte del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Dichas recomendaciones expresaban la preocupación de los Estados parte ante la insuficiencia estructural (falta de equipo, personal, medicamentos, etc.), los problemas de acceso a los servicios de salud entre las diferentes regiones, violencia obstétrica durante la atención del parto y esterilización forzada a niñas y mujeres que se vive en el país (GIRE, 2021: p. 93). De manera interna, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), en la recomendación general 31/2017, reafirma lo que la Oficina del Alto Comisionado en México dijo sobre la violencia obstétrica en el país y las diversas violencias que se tejen desde la práctica médica en los diversos niveles de atención médica (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2017).

Señalar estas recomendaciones realizadas al Estado mexicano, así como los avances jurídicos en la conceptualización e incorporación de la violencia obstétrica dentro de la normativa nacional e internacional, permite nombrar un espacio en constante disputa por

los diferentes actores sociales. Es en este contexto donde son realizadas las dos recomendaciones que se analizarán en el siguiente apartado.

IV. ARTICULACIONES ENTRE EL GÉNERO, VIOLENCIA OBSTÉTRICA E INSTITUCIONES: A PARTIR DE LAS RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LA CEDH

Este apartado está destinado a reflexionar la dimensión estructural y subjetiva de género a partir de las dos recomendaciones señaladas al inicio de este texto. La finalidad es nombrar algunos de los obstáculos que dificultan el reconocimiento de la violencia obstétrica dentro de las instituciones estatales (en el caso del presente trabajo hablamos de dos hospitales de segundo nivel, así como la CEDH). Lo anterior se realizará enlazando las dimensiones jurídica, histórica y cultural.

Género, estructura e instituciones de salud

El análisis de las instituciones ha cobrado importancia dentro de la academia feminista a partir de que se comienza a conceptualizar de una manera más amplia el género como «el ordenamiento generalizado de las actividades, prácticas y estructuras sociales humanas y como parte de los procesos que también constituyen clase y raza, así como otras líneas de demarcación y dominación» (Acker, 1992: p. 567, citado en Montoya, 2016). Celeste Montoya conceptualiza las instituciones, de manera extensa, como las reglas formales e informales que estructuran el comportamiento. Luego, utilizando el género como categoría analítica, señala que las estructuras son el resultado de la confluencia de muchas acciones individuales dentro de relaciones sociales dadas, y por lo tanto las estructuras pueden pasar desapercibidas en el día a día. Además, menciona que la complejidad de estas interacciones, al ser «naturalizadas», son difíciles de transformar, deben ser desnaturalizadas y politizadas para que el cambio sea posible (Montoya, 2016).

En el caso de la violencia obstétrica, para comprender el género como estructura resulta necesario realizar un recorrido sociohistórico de la institucionalización del parto como parte del modelo médico hegemónico.¹² que trajo consigo la desincorporación y

¹² El modelo médico hegemónico se define a partir de las características de objetividad, reduccionismo, experimentalismo, determinismo, tecnicismo y biologicismo. Es decir, la idea de que existe una única formación, además, aceptada y reconocida para todas/os y unos rigurosos modelos teóricos de referencias explicativos del proceso de salud, enfermedad y atención (Brigidi y Busquets-Gallego, 2019).

transformación de las técnicas en la atención de la salud por la técnica científica del capital (Brigidi y Busquets-Gallego, 2019). Al tecnificar las prácticas médicas y someterlas a la institucionalización por parte del Estado, por medio de uso de instrumentos (como los fórceps), la creación de habilidades y su protocolización, su objetivo radicó en convertirlas en legítimas; es un tema de autoridad científica, frente a lo «no-científico» (Cházaro, 2004: p. 4).

En términos biomédicos, el personal médico pretendió decidir, con apoyo de la normativa y un imaginario social, las acciones adecuadas para el «parto exitoso», limitando a las mujeres y personas gestantes en su papel de receptoras de la atención. En ese sentido, los partos se institucionalizan y dejan de ser atendidos por matronas y parteras en las casas —como una estrategia nacional de salud pública—, lo que trajo consigo la patologización de los procesos reproductivos naturales.¹³ y la saturación de los servicios obstétricos de urgencia (Sadler, 2020). Es así como la relación entre las mujeres y el personal de salud deja entrever una desigualdad real y simbólica.

El contexto hasta ahora descrito nos permite entender parte de las razones por las cuales las demandas de las mujeres al solicitar atención o nombrar sus sentires son invalidadas por el personal de salud, como se evidencia en la segunda recomendación analizada. En la relatoría, la víctima señala haber comenzado la labor de parto desde el primer contacto con la clínica de primer nivel. Sin embargo, por no contar con los centímetros de dilatación adecuados en los estándares médicos, su opinión no es considerada. Dentro de la cotidianidad institucional, se naturaliza no reconocer las demandas de las pacientes. En este sentido, hablamos de una dimensión simbólica de la violencia obstétrica, al presentarse como invisible dentro del discurso médico hegemónico.

Esta práctica médica implica la violencia utilizando como estrategia la «invisibilización» que se muestra utilizando el discurso médico hegemónico, tal y como se encuentra presente en el segundo caso las demandas de las mujeres no son escuchadas

¹³ Hasta el siglo XVI aproximadamente, el conocimiento obstétrico resultaba un misterio femenino y un saber exclusivo de comadronas expertas que formaban a nuevas profesionales a la par que se iba perfeccionando su conocimiento de la fisiología del parto. Pero con el avance de la biomedicina, no solo se fue desplazando paulatinamente el parir en casa por el parir en los hospitales (todo lo relativo al embarazo y el parto comenzó a llevar la etiqueta de enfermedad o estado patológico), sino que además la asistencia a los partos fue arrebatada de las manos de las comadronas para pasar a las manos de los obstetras (García, 2017).

y en muchas ocasiones los datos clínicos pesan más que la voz de mujeres. Esta invalidación de sus voces conlleva que las mujeres se sientan obligadas a obedecer y a no cuestionar a los profesionales. Y es que, además, si lo hacen, la violencia hacia ellas casi siempre aumenta (García, 2018: p. 45).

Se pone de manifiesto un «discurso del saber médico» que se relaciona con violencias menos percibidas como la creencia de que las pacientes se encuentran en un estado de indefensión con necesidad de tutela por parte del personal médico (Castro, 2010), lo que justifica el hecho de que no se les brinde toda la información necesaria o no se les pida el consentimiento de las prácticas que se realizan, como por ejemplo la decisión sobre el tipo de parto: natural o cesárea.

Los hospitales establecen protocolos estándar que se aplican a todas las mujeres que entran a la institución sin considerar las características particulares de las mismas. Podemos hablar, como señala Noriega de la Rosa (2020), de una triada formada a partir de discursos, saberes e instituciones, que da como resultado formas de violencia dentro de las interacciones médico-paciente en el parto. Estas violencias se sitúan en un escenario asistencial y se expanden hacia las esferas de lo social. Esto es evidencia de las relaciones asimétricas que se traducen en diversas formas de agresión hacia la mujer, que se somete a un control de su cuerpo a los protocolos de los expertos (Noriega De La Rosa, 2020).

Lo anterior también permite hablar de que esta naturalización de los procedimientos/formas de relacionarse no solamente son naturalizadas por las mujeres atendidas. Al estar inmersas en las construcciones culturales más allá del espacio hospitalario, también es difícil que el personal médico, así como otros actores institucionales cuestionen las maneras en que se entabla la atención obstétrica, caracterizada en una distancia atencional/emocional y por la tecnificación del lenguaje empleado, tal y como se puede leer en las recomendaciones citadas.

Al respecto, Roberto Castro (2010) señala que el personal de salud pasa a formar parte del propio cuerpo y subjetividad institucional, a través de un largo proceso de socialización. Iniciado en los años de formación, y sostenido en la práctica profesional rutinaria, dicho proceso se encuentra caracterizado por una jerarquización y maltrato en relación con quien posee el conocimiento. Así, la dimensión estructural se reproduce a través de las interacciones cotidianas.

La interseccionalidad en la violencia obstétrica

Reconocer las diversas expresiones que la violencia obstétrica puede adquirir conlleva poner en el centro a las mujeres, puesto que las intersecciones que marquen sus vidas son un determinante *per se*. En este sentido, es indispensable reconocer que la violencia obstétrica interactúa con la discriminación racial y étnica, la exclusión social y las formas específicas de desarrollo económico, por lo cual es impredecible ubicar las distintas formas de opresión que atraviesan las mujeres y personas gestantes y las llegan a colocar dentro de ciertas jerarquías que vienen a determinar la forma en cómo estas entienden y viven sus vidas.

Por ello, la teoría interseccional permite analizar cómo las categorías de discriminación socialmente construidas en base a la clase, género y raza/etnicidad no se quedan fuera del ámbito de atención a la salud reproductiva, es decir, la atención recibida no es una atención neutral. Tal colocación nos permite pensar cómo el género, la edad, el origen étnico, entre otras categorías, influyen en la manera en que las mujeres acceden a sus derechos, como la salud sexual y reproductiva.

Las intersecciones de género, etnia y clase conforman formas de estar en el mundo y, en este sentido, cada sociedad, cada pueblo y cada grupo tendrán una particular concepción de la realidad basada en su propio contexto. Por lo tanto, reconocer que la violencia obstétrica será vivida de diferentes maneras por diferentes corporalidades conlleva a su vez pensar que la atención de los procesos reproductivos se da en sociedades plurales determinadas por diferentes contextos, lo que llevaría a su vez a trastocar una visión unívoca de la violencia obstétrica.

Con relación a los contextos presentes en las recomendaciones, es importante utilizar un enfoque interseccional para dar cuenta de que las violencias plasmadas no solo se reducen al carácter estructural del género, sino a formaciones geopolíticas complejas. Siguiendo a Patricia Hill Collins (1993), consideramos que es importante analizar cada uno de los aspectos que se entrelazan en las condiciones de los dos casos, pues los consideramos útiles y determinantes para evidenciar la dominación y subordinación. (Collins, 1993, citada en Montoya, 2016) Por ello, en las recomendaciones emitidas por la CEDH se requiere evaluar si han logrado por parte del Estado brindar herramientas tanto jurídicas como materiales para responder a la simultaneidad de situaciones y violencias que se expresan en las mismas. Las prácticas de violencia obstétrica interactúan

con la discriminación racial y étnica, la exclusión social y precarización económica, como se evidencia en ambos casos.

En las dos últimas décadas, se ha demostrado que dichas barreras —tal y como se puede observar en la primera recomendación—, además de la falta de acceso a servicio dentro de las comunidades indígenas, se traducen en elementos que inciden en la mortalidad materna o en recibir una atención deficiente (Palomo, 2017). Al respecto, García y Díaz (2010) han analizado la atención obstétrica en México, señalando la manera en que las múltiples opresiones tienen eco en la sexualidad, al implicar comportamientos, ideas, valoraciones y significados, pero sobre todo relaciones sociales, normatividades y acciones institucionales que tienen una especificidad histórica, social y cultural concreta. Bajo esta tutela normativa, las mujeres viven su cuerpo como un ente externo, bajo los dictámenes de las instituciones de salud. De este modo, se configura un sistema de desigualdad en la atención brindada (García y Díaz, 2010).

El maltrato se basa no solo en las grandes distancias socioeconómicas, educativas y de género que existen entre los proveedores de atención médica y las pacientes que viven con muchas carencias socioeconómicas, sino en un trato racista y perjudicial según el cual las personas de mayor nivel socioeconómico identificadas como blancas, en oposición y por encima de la «negritud»¹⁴ de la población cuyos derechos siguen siendo vulnerados (Castro y Savage, 2019).

En este sentido el género, la etnia y la clase socioeconómica no son solamente «determinantes sociales» como un marcador de inequidad, sino que son un eje explicativo para comprender las distintas formas y relaciones que surgen en la atención obstétrica. Sesia, Van Dijk y Sachse (2014) señalan que estas representaciones implican también que las mujeres se piensen como la otredad considerada no solo diferente, sino inferior. (citado en Mendoza, 2021: p. 259).

Lo hasta aquí nombrado permite entender algunas de las deficiencias plasmadas en los casos revisados, puesto que ambas mujeres son indígenas, y la que sufre muerte materna es adolescente. Por lo tanto, en el trato recibido se entrecruzan las representaciones sociales que existen en relación con la etnia, pero también sobre la «gratuidad» de la atención concebida como un acto de beneficencia, por el que tienen que

¹⁴ Es importante anotar que, con este término, independientemente de la particularidad racial que encarna, atendemos también a todo tipo de identidad que difiere de la «blanquitud» cultural.

esperar y en el cual no se les garantizan estándares de calidad. Resulta importante ver cómo estas nociones de público/ gratuito funcionan para legitimar la discriminación hacia mujeres de clase social baja, haciendo permisible «la práctica sobre sus cuerpos y la provocación de dolor y sufrimiento, sin esperar algún tipo de reclamo o resistencia» (Mendoza, 2021: p. 259).

V. CONSIDERACIONES FINALES

Tal y como se señalaba al inicio del texto, las recomendaciones emitidas por las CEDH son una importante vía para denunciar y politizar el carácter estructural de la violencia obstétrica relacionado con las deficiencias presentes en el Sistema Nacional de Salud, como lo son la falta de recursos y personal capacitado. Pese a que las sanciones penales pueden ser una vía de solución a ciertas expresiones de la violencia obstétrica (por ejemplo, anticoncepción forzada), lo cierto es que, al tener un carácter individual, no logran poner sobre la mesa las causas estructurales.

En este sentido, cuando las violaciones de derechos humanos son debido a causas estructurales, como se plasmó en el caso de muerte materna, las recomendaciones pueden garantizar la reparación integral del daño. «Los efectos de la reparación no sólo deben ser de restitución, sino de corregir la situación; no es admisible una restitución a la misma situación estructural de discriminación» (GIRE, 2015).

Por ello es necesario que las reparaciones no se reduzcan a restituir a las víctimas (como se pretendió en las dos recomendaciones presentadas), sino que deben incluir otro tipo de medidas que logren garantizar la no repetición. En relación con esto, el análisis estructural e institucional realizado a lo largo de este artículo permite dar cuenta del rol importante que juega el género y sus intersecciones con otras estructuras en los casos de violencia obstétrica. Se propone, por tanto, que las garantías de no repetición deben incluir medidas administrativas donde quede evidenciado, por un lado, las carencias institucionales presentes en las instituciones hospitalarias y por el otro la manera en cómo se producen y reproducen relaciones de género en la atención médico-paciente. Esto conlleva conceptualizar los hospitales como entes activos en la producción de género. En este sentido, si bien las recomendaciones actuaron a favor de las mujeres y familias, al emitir una resolución que obliga al Estado a una indemnización, resulta necesario señalar que las mismas no hacen un reconocimiento a las condiciones estructurales que dieron pie a las violencias. Esto se relaciona con el hecho que, dentro de la terminología utilizada

por la CEDH, no se utiliza el término «violencia obstétrica», lo cual reduce los actos mencionados a iatrogenias sin contemplar las causas institucionales y estructurales y sus relaciones con el género y el poder.

Aunado a lo anterior, el fallo que se realiza analizando la praxis médica deja de lado el contexto. No se mencionan las interconexiones e imbricaciones con otras formas de opresiones que caracterizan de diferentes maneras a las mujeres que experimentaron estos actos y las carencias que presentan las instituciones donde se realizan al encontrarse en zonas rurales. Estos actos y omisiones realizadas no se suceden en un cuerpo biológico neutro sino en un cuerpo sexuado y racializado. Reconocer estas marcas de opresiones concretas es indispensable al momento de emitir una recomendación, ya que esta lectura de cuerpo como neutro no permite visibilizar que la violencia obstétrica sucede de maneras particulares dependiendo de estos marcajes.

El reconocimiento de estos marcajes conlleva una praxis médica sensible a la manera en cómo las mujeres se relacionarán con sus procesos reproductivos y realizarán las demandas de sus derechos teniendo en cuenta la diversidad desde donde se enuncian. Además, conllevaría a cuestionar las diferentes formas de discriminación presentes en el contexto social y que se reproducen dentro de la institución hospitalaria, es decir, el racismo y discriminación por razones de género quedarían en evidencia. Implica dejar de ver a las mujeres como pacientes y considerarlas como sujetos de derecho.

Aunado a ello, en las recomendaciones no se logra visibilizar las resistencias del personal e instituciones de salud en el reconocimiento del maltrato y violencias ejercidas, diluyendo las responsabilidades institucionales. Resulta necesario investigar cómo las conceptualizaciones que el personal de salud tiene sobre las pacientes pueden estar naturalizando algunas de las expresiones de violencia obstétrica. En resumen, la ambigüedad presente en las resoluciones sigue posicionando a los profesionales de salud en un lugar preponderante (como aquellos que cuentan con el conocimiento «científico», para la atención del parto) y objetivando el cuerpo de las mujeres. La falta de reconocimiento de las condiciones estructurales diluye las demandas de las mujeres víctimas de violencia obstétrica al no garantizar las condiciones necesarias para el acceso pleno a derechos.

Resulta importante reconocer que las quejas y recomendaciones desde las cuales se realizaron las reflexiones de este trabajo representan solo una vía de actuación frente a la violencia obstétrica que atraviesan las mujeres mexicanas. En este sentido, tal y como se

plasma a lo largo de este trabajo las recomendaciones mismas cuentan con diversas limitaciones desde su carácter no vinculante hasta la manera en cómo el derecho se ha constituido.

Sin embargo, resulta interesante reconocer que ni el derecho ni las instituciones son entes monolíticos y que el movimiento feminista ha trabajado en la deconstrucción y reconceptualización de la manera en cómo se encuentran constituidas y se incorporan a las mujeres. La necesidad de estas transformaciones implica negociaciones en las normas y prácticas sociales y políticas que oprimen a las mujeres, para que puedan tener una plena participación en la vida pública pero no de manera individualizada como se ha señalado anteriormente en los diversos ejemplos de agencia donde las mujeres y sus redes comunitarias se encuentran en la disputa de sus derechos. En resumen, politizar la violencia obstétrica y sus consecuencias, más allá de lo biológico/individual, y comenzar a situar como una trama de acontecimientos históricos, sociales, culturales, políticos y económicos, dotados de significados dentro de marcos de poder preestablecidos en donde las mujeres y las relaciones colectivas juegan un papel central. Nos permite vislumbrar un panorama donde desde la colectividad se pueden generar agencias y transformaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCALÁ, Eduardo., et al. *Evaluación de Diseño del Programa de Acción Específico Sobre Salud Materna y Perinatal*. México: FUNDAR: Centro de Análisis e Investigación. 2019.
- ARGUEDAS, Gabriela. Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. En: *Solar*. 2016, vol. 12, núm. 1, pp. 89.
- ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS. *Resolución 60/147, «Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones»*. 2005. Disponible en:
www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-and-guidelines-right-remedy-and-reparation.
- BELLI, Lina. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. En: *Revista Redbioética/UNESCO*. 2013, vol. 4, núm. 7, pp. 25-34.
- CASTRO, Roberto. Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos a la salud reproductiva en México. En: Castro, Roberto.; López, Alejandra. (eds.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina Avances y desafíos en la investigación regional*. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2010, pp. 49-72.
- CHÁZARO, Laura. Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México. En: *Dynamis*. 2004, vol. 24, pp. 27-51.
- COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DE SAN LUIS POTOSÍ. *Recomendación 25/2019*. Disponible en:
<https://derechoshumanosslp.org/wp-content/uploads/2021/11/recomendacion-25-19.pdf>.
- COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DE SAN LUIS POTOSÍ. *Recomendación 10/2019*. Disponible en:
<https://derechoshumanosslp.org/wp-content/uploads/2021/11/recomendacion-10-19.pdf>.

- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (CNDH). *Recomendación General No.31/2017 sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*. Ciudad de México: CNDH. 2017. Disponible en: www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf.
- CONGRESO DE LA UNIÓN. *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. 2015. Disponible en: <https://shorturl.at/yLMTV>.
- DE LA ROSA, Rubén. Del cuerpo natural al cuerpo cosificado: Una revisión de los modos de interacción médico–paciente en el parto. En: *Estudios artísticos*. 2020, vol. 6, núm. 9, pp. 267-279.
- ESPINOSA, Yacotzin. El derecho como campo en disputa dentro de la geografía capitalista del despojo y la explotación. En: Benente, M.; Navas Alvear, M. (eds.). *Derecho, conflicto social y emancipación: Entre la depresión y la esperanza*. CLACSO, 2019, pp. 57-76.
- FONDO DE ACCIÓN URGENTE PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Impunidad de las Violencias contra mujeres defensoras de los territorios, los bienes comunes y la naturaleza en América Latina. En: *FAU-AL*. 2018, pp.15.
- GARCÍA, Eva. Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. En: *Dossiers Feministes*. 2018, vol. 22, pp. 87–106.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA. *El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes aborto violencia obstétrica muerte materna vida laboral y reproductiva reproducción asistida*. 2021. Disponible en: <https://unadecadajusticiareproductiva.gire.org.mx/>.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA. *Omisión e Indiferencia. Derechos reproductivos en México*. 2015. Disponible en: <http://informe.gire.org.mx/libro.html>.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA. *La pieza faltante. Justicia reproductiva*. 2018. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/JusticiaReproductiva.pdf>.
- H. CONGRESO DE LA UNIÓN, CÁMARA DE DIPUTADOS. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. 2011. Disponible en www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. *Panorama sociodemográfico de San Luis Potosí. Censo de Población y Vivienda 2020*. 2021. Disponible en: www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197971.pdf.
- MENDOZA, Vianni. Sumisas, agradecidas y obedientes. Representaciones sociales del personal de salud sobre las usuarias de ginecobstetricia de un hospital público en México. En: *Maguaré*. 2021, vol. 35, núm. 1, pp. 179–208.
- MONTOYA, Celeste. Institutions. En: Disch, L.; Hawkesworth, M. (eds.). *The Oxford Handbook of Feminist Theory*. Oxford University Press, 1952, pp. 367-384.
- MUÑOZ GARCÍA, Graciela Beatriz.; BERRIO PALOMO, Lina Rosa. Violencias Mas allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: La violencia obstétrica e institucional en la vida de las mujeres urbanas e indígena. En: Quattrocchi, P.; Magnone, N. (comps.). *Violencia obstétrica en América Latina*. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús, 2020, pp. 103-129.
- PALOMO, Lina. Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas. En: *Salud Colectiva*. 2017, vol. 13, núm. 3, pp. 471-487.
- PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO. *Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Medicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. 2016.
- QUINCUGÉSIMA OCTAVA LEGISLATURA CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE SAN LUIS POTOSÍ. *Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de San Luis Potosí*. 2009. Disponible en: www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatat/San%20Luis%20Potosi/wo56929.pdf.
- RISMAN, Barbara. Gender as a Social Structure. En: *Gender and Society*. 2004, vol. 18, núm. 4, pp. 429-450.
- SADLER, Michelle. Despertando las metáforas que dormían en la ciencia. En Quattrocchi, P.; Magnone, N. (comps.). *Violencia obstétrica en América Latina*. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús, 2020.
- SADLER, Michelle., 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 GENERAL OEA. *Convención Americana sobre Derechos Humanos «Pacto de San José»*. 1969. Disponible en: <https://shorturl.at/tuxAP>.

SESIA, Paola. Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En: Quattrocchi, P.; Magnone, N. (comps.). *Violencia obstétrica en América Latina*. Remedios de Escalada: De la Universidad Nacional de Lanús, 2020.

SEXAGÉSIMA SEGUNDA LEGISLATURA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ. *Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí*. 2020. Disponible en: <https://shorturl.at/gnBFJ>.

LA RELACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN SANITARIA A EMBARAZO Y PARTO: ASPECTOS ÉTICOS¹

La relació assistencial en l'atenció sanitària a l'embaràs i part: aspectes ètics

The Care Relationship During Pregnancy and Childbirth: Ethical Concerns

Josefina Goberna-Tricas¹

Correo electrónico: jgoberna@ub.edu

1. Matrona. Socióloga. Dra. En Filosofía (Bioética). Profesora Titular. Facultad Enfermería. ADHUC. Centro de Investigación Teoría, Género, Sexualidad. Universidad de Barcelona. (*Barcelona, España*).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3531-9009>.

Recibido: 15/09/2023

Aceptado: 07/11/2023

Publicado: 30/11/2023

¹ Este capítulo está basado en la tesis doctoral de la autora: *Dones i procreació ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement*. Universitat de Barcelona, 2009. Disponible en: www.tesisenxarxa.net/TDX-0614110-090718/.



RESUMEN

La relación asistencial entre profesional sanitario y paciente deriva del modelo clásico iniciado en la medicina hipocrática. En 1978 se publicó el *Informe Belmont*, que proponía un método basado en la aceptación de tres principios éticos básicos: a) Respeto por las personas, b) Beneficencia, c) Justicia. **MATERIAL Y MÉTODOS.** En este trabajo se presenta una reflexión ética que pretende dar respuesta a la realidad específica de atención a la maternidad en la que se encuentra la especificidad de una atención dirigida a la madre pero que no puede dejar de lado la presencia de un feto que se pretende se convierta en un recién nacido. **RESULTADOS.** Tras el análisis de la efectiva aplicación de los principios bioéticos, se debate en torno al concepto de «conflicto materno-fetal», presentando el modelo deliberativo de relación sanitaria como opción preferente para el respeto de la autonomía en el ámbito de la atención a la maternidad. **CONCLUSIONES.** El desarrollo del respeto al principio de autonomía en el seno de una relación asistencial debe privilegiar el diálogo y el respeto al derecho de las mujeres a ejercer su autonomía, entendiendo esta desde la singularidad, la contextualización y el acompañamiento de cada uno de los embarazos y partos.

Palabras clave: bioética, autonomía, conflicto materno-fetal, relación asistencial, parto, embarazo.

RESUM

La relació assistencial entre professional sanitari i pacient deriva del model clàssic iniciat en la medicina Hipocràtica. El 1978 es va publicar l'*Informe Belmont* que va proposar un mètode basat en l'acceptació de tres principis ètics bàsics: a) Respecte per les persones, b) Beneficència, c) Justícia. **MATERIAL I MÈTODES.** En aquest treball es presenta una reflexió ètica que pretén donar resposta a la realitat específica d'atenció a la maternitat en la qual es troba l'especificitat d'una atenció dirigida a la mare però que no pot deixar de banda la presència d'un fetus que es pretén que es converteixi en un nadó. **RESULTATS.** Després de l'anàlisi de l'aplicació efectiva dels principis bioètics, es debat entorn del concepte de «conflicte materno-fetal», presentant el model deliberatiu de relació sanitària com a opció preferent pel respecte de l'autonomia en l'àmbit de l'atenció a la maternitat. **CONCLUSIONS.** El desenvolupament del respecte al principi d'autonomia en el si d'una relació assistencial ha de privilegiar el diàleg i el respecte al dret de les dones a exercir la seva autonomia, entenent aquesta des de la singularitat, contextualització i acompanyament de cadascun dels embarassos i parts.

Paraules clau: bioètica, autonomia, conflicte materno-fetal, relació assistencial, part, embaràs.

ABSTRACT

The care relationship between healthcare professional and their patients derives from the classical model initiated in Hippocratic medicine. In 1978, the *Belmont Report* was published, proposing a method based on the acceptance of three basic ethical principles: a) Respect for persons, b) Beneficence, c) Justice. **MATERIALS AND METHODS.** This work presents an ethical reflection that aims to respond to the specific reality of maternity care, where the specificity of care directed at the mother cannot overlook the presence of a foetus intended to become a newborn. **RESULTS.** After analyzing the effective application of bioethical principles, the discussion revolves around the concept of «maternal-foetal conflict», presenting the deliberative model of healthcare relationships as a preferred option for respecting autonomy in the field of maternity care. **CONCLUSIONS.** The development of respect for the principle of autonomy within a care relationship should prioritize dialogue and respect for women's right to exercise their autonomy, understanding it in terms of singularity, contextualization, and support for each pregnancy and childbirth.

Keywords: Bioethics, Autonomy, Maternal-Foetal Conflict, Care Relationship, Childbirth, Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La relación asistencial entre profesional sanitario y paciente deriva del modelo clásico iniciado en la medicina hipocrática (Hipócrates, 1988). Los ciudadanos debían convertir las leyes políticas en pautas de comportamiento propio, constituyendo las costumbres públicas interiorizadas la base de las virtudes. Los ciudadanos asumían como propias las pautas políticas colectivas; existía por tanto un único código de conducta.

En el ámbito sanitario no tenía sentido preocuparse por las creencias y opiniones de los pacientes. La relación asistencial se fundamentaba en un modelo de atención paternalista. El médico ostentaba la autoridad y el paciente debía seguir sus recomendaciones; el enfermo, como tal, tenía disminuidas sus facultades, puesto que la enfermedad le ofuscaba el entendimiento.³ Por tanto, no tenía sentido escuchar su opinión, ya que si tuviera los conocimientos y mantuviera su mente en óptimas condiciones su parecer coincidiría, necesariamente, con el del profesional.

Esta forma de pensar y actuar en el ámbito asistencial se mantuvo a lo largo de los siglos. Con la llegada del cristianismo el código de actuación médica adoptó los preceptos de la moral cristiana, interpretados de acuerdo con el criterio propio del derecho canónico. No fue hasta la llegada del protestantismo, en la Europa del siglo XVI, cuando fruto de la doctrina del libre examen, y de la inexistencia de un poder centralizado y autoritario, surgió cierto pluralismo y se inició la tendencia al respeto de las creencias personales e individuales. Con la llegada de la Ilustración se inició en Europa una reformulación de los derechos fundamentales de la persona. La cultura Europea, gracias a las aportaciones de Rousseau y Kant ganó conciencia de que la libertad y la autonomía moral constituyen la dignidad más alta e inalienable del ser humano. Fue Kant (1724-1804) quien afirmó que la dignidad de la persona reside en la facultad de la autoaplicación de la ley moral (la autonomía). En la Declaración de los Derechos del Hombre de 1789 se proclamaba que al atributo más genérico y fundamental del ser humano es el principio de autonomía, entendido como la libertad de adoptar cualquier conducta, siempre que no perjudique a los demás. Estos cambios políticos y sociales producidos en la Europa ilustrada se quedaron, sin embargo, en el ámbito público y tardaron dos siglos en llegar al ámbito de las relaciones personales, y por tanto también a la esfera sanitaria y a la relación asistencial (Boladeras, 1989).

Simon Lorda (2001) atribuye este desfase a la falta de sintonía, al diferente ritmo adoptado por las transformaciones en el ámbito público y aquellas otras producidas en el ámbito privado. La vida privada, como la entendemos actualmente, fue una conquista de la modernidad que impidió que los cambios producidos en el ámbito público penetraran al interior del ámbito doméstico; ello tuvo importantes repercusiones para las mujeres. La relación sanitaria, según Simón Lorda (2001), se configuró como una típica relación privada, similar a la que tenía lugar en el interior de los domicilios y consecuentemente fuera de las influencias de los renovados aires de autonomía y libertad. En el seno de la relación asistencial se reproducían las típicas relaciones patriarcales que el ámbito público había dejado atrás: el médico asumía el papel de padre omnipotente y protector, la enfermera el de la madre sumisa y amorosa, mientras que el paciente quedaba relegado al papel del niño obediente y dependiente. Fue en Estados Unidos donde, a inicios de siglo XX, los ciudadanos empezaron a demandar que se les tuviera en cuenta como pacientes y, ante la falta de respuesta por parte de la clase médica, usaron los instrumentos que la sociedad democrática había puesto a su disposición: los tribunales de justicia. La historia del reconocimiento de la autonomía del enfermo se inició en Estados Unidos y adoptó una forma judicial, pero para entender la autonomía del paciente, desde la perspectiva estrictamente ética, hace falta desplazarse a Europa, donde las condiciones inhumanas de los experimentos científicos efectuados durante la Segunda Guerra Mundial concienciaron a la opinión pública y, en consecuencia, los médicos nazis fueron llevados a juicio. A raíz de estos juicios se acabó proclamando, en 1947, el primer código ético para la investigación: el Código de Núremberg. A pesar de la importancia histórica de la promulgación de este primer código, sus principios fueron interpretados como vinculados a la investigación y relacionados con la Segunda Guerra Mundial, y no penetraron todavía en las consultas sanitarias.

A finales de 1961 el conocimiento de los devastadores efectos de la talidomina administrada a mujeres embarazadas, que ocasionó el nacimiento de un considerable número de recién nacidos afectados por importantes malformaciones, hizo saltar las señales de alarma. Se percibió una necesidad de actualización de los códigos deontológicos y en 1964 se aprobó la conocida Declaración de Helsinki, titulada *Recomendaciones para los médicos dedicados a la investigación biomédica*.

En Estados Unidos también seguía el interés por las cuestiones relacionadas con la ética asistencial, y en 1971 el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter introdujo

el término bioética. Dicho término se acuñó para designar los problemas éticos planteados por los espectaculares avances acaecidos en el seno de las ciencias biológicas y médicas. La ética se convirtió en una disciplina para los profesionales de la salud y, por tanto, los problemas vinculados con la toma de decisiones en el ámbito sanitario fueron cobrando progresiva importancia. El Congreso de los EUA creó en 1974 la *National Comisión for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* y dio a esta comisión el mandato de que llevara a cabo una investigación con el fin de identificar los principios éticos básicos que deberían dirigir la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y en la biomedicina (Boladeras, 1989).

En 1978 la comisión publicó el *Informe Belmont*. Tras cuatro años de trabajo propuso un método basado en la aceptación de tres principios éticos básicos: a) Respeto por las personas, b) Beneficencia, c) Justicia. El *Informe Belmont* fue pensado para la experimentación con seres humanos. Quedaba, por tanto, fuera de su horizonte el campo de la práctica clínica y asistencial. Para atender a las cuestiones éticas de la práctica clínica uno de los miembros de la comisión, Tom L. Beauchamp, junto con James F. Childress, redactaron su libro *Principios de ética biomédica* (1989). La mayor novedad que presenta el libro es la distinción entre los principios de Beneficencia y No-maleficencia. Según el texto los cuatro principios que rigen en la ética biomédica —Autonomía, Beneficencia, No-maleficencia y Justicia— son principios *prima facie*, pero no deberes reales y efectivos, puesto que en caso de entrar en conflicto debe establecerse cuál de ellos prima sobre el otro en cada caso concreto.

La asistencia sanitaria actual implica necesariamente su aplicación práctica mediante un modelo de relación asistencial que tenga en cuenta los cuatro principios bioéticos mencionados, pero en el caso que nos ocupa, la atención a embarazo y nacimiento presenta características peculiares. De este modo, la aplicación efectiva de los principios bioéticos puede precisar una reflexión previa con el fin de contextualizar la relación asistencial en los procesos de embarazo y nacimiento, teniendo en cuenta sus aspectos propios y diferenciales, puesto que a la díada profesional/paciente se suma la presencia del feto en desarrollo y cuyo correcto desarrollo debe ser supervisado por los profesionales sanitarios, puesto que la base de la relación asistencial en embarazo y parto se fija como objetivo el mantenimiento de la salud de la madre y el correcto desarrollo del embrión/feto.

MATERIAL Y MÉTODO

En este trabajo se presenta una reflexión ética que pretende dar respuesta a la realidad específica de atención a la maternidad en la que se encuentra la especificidad de una atención dirigida a la madre, pero que no puede dejar de lado la presencia de un feto que se pretende se convierta en un recién nacido.

El profesional sanitario que atiende a la embarazada tiene responsabilidades hacia ella, puesto que es la protagonista de la atención, pero no puede olvidar que también tiene obligaciones sanitarias y éticas hacia el feto en desarrollo. Para ello se pretende desarrollar una argumentación fundamentada en los principios y formas de análisis bioético con el objetivo de configurar un marco de toma de decisiones y de actuación que proporcione herramientas para poder dar respuesta de la mejor forma posible a las necesidades y dilemas que puedan presentarse.

Con este fin, se estructura el desarrollo argumental en diversas fases: en un primer momento nos interrogaremos sobre los ejes que configuran el debate bioético en la atención al nacimiento en el contexto occidental de inicios del siglo XXI. Tras el desarrollo de cada uno de los ejes detectados, se aplicará una confrontación de los principios de beneficencia y autonomía en el seno de la relación sanitaria. Por último, nos adentraremos en la toma de decisiones y el proceso de información en el ámbito de la consulta de seguimiento del embarazo y en la atención al parto.

RESULTADOS

1. La asistencia sanitaria al proceso procreativo

La asistencia sanitaria al proceso de la maternidad en los países desarrollados se sitúa en un contexto social en el que los buenos resultados obstétricos son considerados la norma. La mortalidad materna e infantil es actualmente muy baja en nuestro entorno (Instituto Nacional de Estadística, 2023). Problemas obstétricos importantes como la toxemia materna, las hemorragias del posparto, o las distocias del parto que comportaban una fuerte mortalidad para madres y niños a finales de siglo XIX se dejaron atrás durante el siglo XX. Solo la prematuridad continúa siendo un problema de salud materno-infantil en aumento en estos momentos. Este éxito en los resultados perinatales ha comportado un optimismo generalizado en los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria a los

procesos procreativos. Los ejes principales que configuran el debate bioético en nuestro entorno se pueden agrupar en dos pilares fundamentales (Goberna, 2010):

1. La medicalización de la asistencia al nacimiento: la revolución biomédica del siglo XX supuso la incorporación de nuevos descubrimientos y tecnologías sanitarias. Han sido estas nuevas tecnologías las fuerzas motoras que han conducido hacia un proceso por el que ciertos fenómenos que formaban parte de otros campos, como la educación, la ley, la religión, etc., han sido redefinidos como fenómenos médicos. La atención sanitaria durante embarazo y parto no ha sido inmune a este proceso de medicalización y tecnificación, de forma que, a pesar de tratarse de procesos fisiológicos, se han contemplado como procesos médicos.

2. La simbología de la díada madre/feto durante el embarazo, es decir, la consideración médico-sanitaria del feto como paciente, que no puede desmarcarse del análisis de la cuestión del género. La importancia del género en las cuestiones bioéticas relacionadas con la salud materno-infantil constituye un tema capital. Entre profesional sanitario y paciente se establece una relación asistencial asimétrica, que en la asistencia durante embarazo y parto puede esconder auténticas relaciones de poder, propias de la sociedad patriarcal. Por otra parte, la atención sanitaria durante el proceso de embarazo y parto presenta un elemento diferencial, la presencia del feto, que comporta una relación peculiar en la cual el profesional vela por la salud de la madre, pero tiene así mismo la obligación profesional de vigilar el correcto y armonioso desarrollo fetal. En este sentido, la consideración médica del feto como paciente ha posibilitado la emergencia del debate alrededor de los denominados conflictos materno-fetales y la consiguiente identificación de los límites entre los principios de beneficencia y autonomía.

1.1. La medicalización de la asistencia al nacimiento

Durante el siglo XX se produjo en Occidente una revolución biomédica que, como hemos mencionado, ocasionó una marcada tendencia a la medicalización de la vida. Progresivamente han caído bajo el epígrafe de enfermedades simples síntomas, aspectos estéticos, procesos propios de la vida o probabilidades de padecer determinada enfermedad.

Este proceso de medicalización y tecnificación ha afectado plenamente la atención sanitaria a embarazo y nacimiento que ha pasado de una atención en el interior de los hogares a una institucionalización del parto en el interior de los hospitales. Para algunos

esta institucionalización de la asistencia al nacimiento es signo del cambio tecnológico promovido por el progreso médico: la aplicación de anestesia permite el alivio del dolor, pero a su vez hace necesario un mayor control de la madre y el feto; el dominio de la técnica implica acercarse a los monitores de la frecuencia cardíaca fetal; un amplio conocimiento de aquello que nos indica el registro cardiotocográfico permite actuar con precisión y competencia. Medicalización y tecnificación han venido de la mano del progreso sanitario, aunque a menudo se han acompañado de alejamiento personal, frialdad y neutralidad en el trato asistencial (Marquez y Meneu, 2003).

En estos últimos años, algunas voces han asociado la tecnificación de la asistencia al nacimiento con la deshumanización de la atención sanitaria y han reclamado un retorno a una asistencia más respetuosa con la fisiología y consecuentemente menos tecnificada. Se ha considerado que, de esta forma, la atención recobraría un punto de humanización.

La medicalización de la vida, producida durante el siglo XX, ocasionó que embarazo y parto fuesen considerados como situaciones de riesgo y consecuentemente medicalizados y tecnificados (Oakey, 1984). La institucionalización dentro de los centros sanitarios de la asistencia al parto ha comportado un modelo fuertemente intervencionista, que no se ha hecho extensivo a la totalidad de los países. Así, en el caso de Europa, mientras que España, Irlanda, Rusia, República Checa, Francia o Bélgica han desarrollado modelos de asistencia institucionalizados y fuertemente medicalizados, con una asistencia a manos de médicos especialistas en obstetricia y ginecología, en otros países como Holanda o los Países Escandinavos se ofrece un modelo de atención al nacimiento más desinstitucionalizado atendido fundamentalmente por matronas. Existe un tercer grupo de países que han optado por un modelo intermedio que plantea un parto institucionalizado, pero con un menor nivel de medicalización. En esta tercera estrategia pueden incluirse el Reino Unido y Alemania (Goberna, 2009).

En el seno de los contextos de alta medicalización y tecnificación ha aparecido una reacción de una parte de la sociedad que se ha manifestado en contra de un intervencionismo médico-tecnológico que se considera exagerado. Se ha cuestionado la proliferación de procedimientos que no están suficientemente corroborados por la evidencia científica, y además se ha puesto de manifiesto que esta medicalización de aspectos fisiológicos de la vida no diferencia entre partos normales y partos de riesgo. Desde finales del siglo XX, en algunos países de Europa y América del Norte, han

aparecido movimientos de mujeres y profesionales en defensa de una asistencia al parto menos intervencionista (Goberna, 2019).

En estos momentos el número de pruebas y tecnologías aplicables durante los procesos de seguimiento y asistencia de embarazo y parto son numerosos y las opciones en los modelos de asistencia aumentan; por tanto, el proceso de toma de decisiones informadas se convierte en un aspecto central de la relación asistencial. Optar por someterse, o no, a determinadas pruebas durante el embarazo y decidirse por un modelo de asistencia al parto más o menos tecnificado presenta un grado de complejidad en el que deben tenerse en cuenta aspectos relacionados con el género o con el papel del feto en el proceso asistencial.

1.2. El feto en la relación asistencial. Los límites entre beneficencia y autonomía

En la asistencia sanitaria a embarazo y parto el personal sanitario confronta su deber de atención hacia la madre frente al deber de procurar el bienestar fetal. Generalmente las recomendaciones sanitarias son aceptadas de buen grado por parte de la mujer gestante, pero en algunas ocasiones las opiniones de las mujeres no coinciden con dichas recomendaciones. En estos casos, ¿la obligación del profesional debe decantarse por el respeto al principio de autonomía de la mujer, o debe promover aquel comportamiento que procure el mejor bienestar fetal?

El denominado conflicto materno-fetal aparece cuando «los intereses de la mujer embarazada (definidos desde la perspectiva de la propia mujer) entran en conflicto con los intereses del feto (definidos desde la perspectiva de los profesionales sanitarios)». El profesional percibe que se presenta un conflicto entre el principio de beneficencia y el principio de autonomía. En este punto resulta conveniente realizar un repaso de la definición de estos principios bioéticos en obstetricia, donde la presencia del feto convierte la relación dual «profesional sanitario-paciente» en una tríada «profesional sanitario-paciente-feto».

2. Los principios de beneficencia y autonomía en el seno de la relación sanitaria en atención a embarazo y parto

El principio de beneficencia es definido por Beauchamp y Childress (2010) como «una obligación de ayudar a los demás a promover sus intereses importantes y legítimos». Pero los intereses del paciente, en nuestro caso de la madre gestante, pueden definirse desde dos perspectivas distintas: la del profesional y la del paciente. El profesional, gracias a

los conocimientos científicos y la experiencia clínica, está capacitado para identificar las estrategias clínicas que con mayor probabilidad darán respuesta a los intereses relacionados con la salud. El profesional toma posición en cuanto que agente social que presta atención sanitaria. Por lo tanto, una buena praxis e interpretación del principio de beneficencia deben llevarle a posicionarse a favor de aquellas prácticas que cuenten con el soporte de la mejor evidencia científica disponible.

Sin embargo, la perspectiva del profesional sanitario sobre los intereses de la paciente no es la única perspectiva legítima. La perspectiva de la mujer embarazada sobre sus intereses es, como mínimo, tan respetable como la de los profesionales sanitarios. Cada mujer desarrolla a lo largo de su vida una serie de valores y creencias de acuerdo con los cuales formará sus propios juicios en relación a aquello que favorece o no sus propios intereses. Una mujer que llega a la edad de la maternidad ha tomado ya decisiones importantes sobre temas complejos: ha escogido una profesión, ha firmado contratos hipotecarios, ha decidido tener un hijo; en algún caso puede incluso haberse sometido a alguna intervención quirúrgica de cirugía estética o incluso puede haber firmado un testamento. En todos los casos se trata de decisiones complejas en las que cada mujer, y la propia sociedad (mediante el reconocimiento legal de sus derechos) considera que es competente para tomarlas.

Es importante tener en cuenta que estas decisiones de los pacientes, en nuestro caso de las mujeres, son afrontadas desde valores y creencias que pueden estar alejados del ámbito de los intereses relacionados con la salud; pueden basarse en la importancia de mantener una cierta imagen corporal, en la idea simbólica de la maternidad, o apoyarse en convicciones sociales o religiosas. La mujer se ha formado una perspectiva de aquello que configura sus intereses; el significado ético de esta perspectiva es reconocido por el principio bioético de autonomía.

Según este principio toda persona adulta, en una situación normal, es autónoma y libre de conducir su vida como crea más conveniente y las leyes se lo reconocen como un derecho fundamental porque constituye el núcleo de la entidad moral de la persona. (Gobierno de España, Ley 41/2022). Autonomía significa capacidad de autogobierno e incluye la comprensión, el razonamiento, la reflexión y la elección independiente.

El principio de autonomía obliga al profesional sanitario a respetar los valores y creencias del paciente, a respetar su propia perspectiva sobre sus intereses y a utilizar únicamente las estrategias clínicas autorizadas por parte de la paciente como resultado de

un proceso de consentimiento informado. Antes de efectuar cualquier intervención preventiva, diagnóstica y terapéutica, debe haberse obtenido el consentimiento previo, libre e informado de la persona basado en la información previa adecuada

, Existen obligaciones profesionales basadas en la beneficencia y basadas también en la autonomía de la paciente. La perspectiva de la mejor práctica obstétrica disponible constituye la base de las obligaciones profesionales, desde el punto de vista de la beneficencia, hacia la mujer embarazada. La propia perspectiva de la mujer embarazada, sobre sus propios intereses, proporciona la base de las obligaciones del profesional relacionadas con el principio de autonomía.

Un razonamiento fuertemente debatido en la literatura biomédica es la determinación del estatuto moral del feto. Se ha defendido el otorgamiento de estatuto moral al feto desde el momento de la concepción, de la implantación, desde algún momento de desarrollo del sistema nervioso central, desde la percepción de los movimientos fetales, o desde el nacimiento. No existe consenso al respecto a pesar del gran número de publicaciones teológicas y filosóficas. En este trabajo no se pretende profundizar en el tema, tan debatido, de la interrupción voluntaria del embarazo, sino determinar el papel que para los profesionales sanitarios debe tener el feto durante las consultas de seguimiento de embarazo o durante la atención al parto en un embarazo voluntariamente aceptado por la mujer embarazada.

Vivimos en una sociedad aconfesional, pero en la moral secular general existen limitaciones a aquello que se les puede hacer a los fetos. Si una madre decide seguir adelante con su embarazo, existe una creencia generalizada en que debe mantener una actitud y comportamiento razonable que no perjudique a la futura persona en que se convertirá aquel feto.

Los niños son concebidos por razones diversas, pueden ser planeados, pero difícilmente lo son pensando en ellos, puesto que aún no los conocemos; el fundamento de la procreación suele justificarse en el deseo de convertirse en padres, por amor, para cumplir con el mandato biológico, para conseguir en los hijos aspiraciones que los padres han visto frustradas; otras veces los hijos no son específicamente planificados, sino que son fruto del hábito, la pasión o el accidente. La vida, por lo tanto, puede ser considerada un regalo para el recién nacido. A lo largo de la infancia todos los niños corren riesgos asociados a los estilos de vida de sus padres, que no son cuestionados socialmente; desconocemos si los hijos compartirán los puntos de vista de los padres cuando lleguen a

la mayoría de edad, pero se asume que estas elecciones son correctas porque responden a una particular interpretación de la vida buena por parte de los padres/madres, y esta decisión no es necesariamente compartida por toda la sociedad. Estas decisiones forman parte del ámbito privado de las personas (Engelhardt, 1995).

Sin embargo, cuando los padres actúan de forma malevolente infringiendo daños importantes de forma que los perjuicios superen claramente a los beneficios, los poderes públicos están legitimamente justificados para intervenir y retirar la custodia de los hijos. Ello puede aplicarse también en el caso del embarazo, distinguiendo claramente las situaciones en que las mujeres embarazadas pueden actuar de forma irresponsable, de aquellas otras maleficentes. Engelhardt (1995), desde una perspectiva liberal secular, reconoce dos situaciones en las cuales se puede considerar legítimo que el Estado restrinja la libertad de una mujer gestante con el fin de proteger al feto, que todavía se encuentra en el interior del útero: a) que esta actuación sea maleficente y b) que el estado previsto para la futura persona sea tan desventajoso que se pueda presuponer que el niño no querría vivir en estas condiciones. Este argumento justifica el poder coactivo sobre algunas mujeres embarazadas cuando, en determinadas circunstancias, pueden ser obligadas a someterse a una intervención cesárea en contra de su propia voluntad. Sin embargo, ello no anula el derecho *prima facie* que tiene toda mujer, incluso si está embarazada, de tomar sus propias decisiones y no ser molestada cuando busca su propia visión del bien, y estas circunstancias de intromisión de los poderes públicos deben ser verdaderamente excepcionales.

Cuando una mujer gestante acude ante el personal sanitario para que estos atiendan su embarazo y/o parto, espera obtener una atención de calidad que la ayude a finalizar con éxito su proyecto procreativo. Por lo tanto, la relación asistencial y los compromisos que esta comporta se establecen entre el profesional y la mujer gestante. Podemos suponer que la mayoría de mujeres gestantes, y también sus parejas, desean un embarazo y parto sin complicaciones y con buenos resultados de salud tanto para la madre como para el hijo. Por lo tanto, esperan que los profesionales sanitarios velen por la salud de la madre y también por el correcto desarrollo del feto.

De las anteriores argumentaciones podemos concluir que no existen obligaciones, por parte de los profesionales sanitarios, relacionadas con el principio de autonomía del feto. Evidentemente ello no significa que el profesional no tenga en cuenta la salud del feto. El profesional tiene obligaciones profesionales hacia el feto basadas en el principio de

beneficencia que derivan de la naturaleza jurídica de bien protegido del nacisturus y muy especialmente de la propia relación asistencial y del compromiso profesional que se establece a partir de la atención sanitaria a embarazo y parto.

3. La información y la toma de decisiones en el ámbito de la asistencia al nacimiento

En la mayoría de situaciones asistenciales existe una recomendación clínica sobre cuál es el mejor curso de acción, y además suele producirse una sinergia entre esta recomendación, basada en el principio de beneficencia, y el consentimiento de las mujeres embarazadas, basado en el principio de autonomía. En estos casos los puntos de vista de profesionales y usuarias coinciden y no se produce ningún tipo de problemática en la toma de decisiones.

Chevernak y McColloch (2005) distinguen dos grupos de intervenciones médicas en el campo de la asistencia obstétrica. En primer lugar aquellas que presentan un beneficio claro y sobre las cuales consideran que el profesional tiene una clara obligación de recomendarlas a la paciente, incluso intentando una persuasión respetuosa. Pero en cualquier actuación médica puede aparecer conflicto entre los juicios basados en la beneficencia y aquellos basados en la autonomía del paciente. Como los principios bioéticos son considerados *prima facie*, las controversias suscitadas para determinar la primacía de uno u otro principio deben equilibrarse y negociarse para cada uno de los casos específicos. La persona puede negar su autorización a una práctica fundamentada en la mejor evidencia disponible. En este caso es necesario realizar de forma cuidadosa un rechazo informado. La obligación ética y legal relacionada con el rechazo informado incluye que el profesional debe informar a la usuaria de forma directa, no hostil, ni desagradable, de los riesgos médicos que corre cuando declina una intervención diagnóstica o terapéutica formulada de acuerdo con un juicio clínico basado en el beneficio. La buena práctica ética recomienda que esta revelación se acompañe de una recomendación para que la usuaria reconsidere su opinión. El profesional puede volverla a citar, siempre con el máximo respeto hacia sus decisiones, al cabo de unos días, con el objetivo de mantener las líneas de comunicación abiertas y manifestar una muestra sólida de preocupación hacia la mujer embarazada, incluso en caso de discrepancia.

Un segundo grupo de intervenciones obstétricas lo constituyen aquellas que el beneficio de las mismas no puede determinarse desde el punto de vista médico, puesto

que existen diferentes alternativas válidas: un ejemplo podríamos encontrarlo en la elección entre dos métodos de alivio del dolor en el parto. En este caso el profesional debe presentar y ofrecer todas las alternativas disponibles y la decisión debe basarse exclusivamente en la autonomía de la mujer (de acuerdo a sus valores y preferencias).

Pero queda todavía pendiente un tercer supuesto: en obstetricia se producen, en ocasiones, demandas que no están justificadas desde la perspectiva basada en el beneficio clínico. En esta tesitura, Chevernak y McCollough (2005) recomiendan que no deben ofrecerse dichas pruebas o tratamientos si no presentan un beneficio claro; pero, en el caso de que las usuarias las demanden, el profesional debe explicarlas con claridad, sin recomendarlas. En caso de persistencia por parte de la paciente, el profesional debe consultarlo a otros colegas o al comité de ética asistencial de su centro. En estos casos, sin embargo, debe valorarse si estas prácticas pueden presentar algún perjuicio para la salud, o si sencillamente no presentan beneficio desde la perspectiva clínica, pero tampoco se pueden esperar perjuicios especialmente remarcables. En estos casos, la contextualización de las situaciones, el diálogo y la relación de confianza cobran una especial significación. En estos supuestos podríamos encontrar la solicitud de ecografías no indicadas o la demanda de una cesárea sin justificación médica.

Por lo tanto, cabe afirmar que el proceso de toma de decisiones/elecciones informadas es un elemento clave en el proceso de relación asistencial a la maternidad.

3.1. La toma de decisiones informadas como base de una atención centrada en la mujer

Hemos explorado el equilibrio entre el principio de beneficencia y autonomía en la relación asistencial a la maternidad y hemos identificado la importancia de la toma de decisiones informadas que deberán expresarse mediante un correcto consentimiento informado: los componentes analíticos del consentimiento informado pueden agruparse, de acuerdo con Beuachamp y Childress (2009) en dos momentos fundamentales: el informativo y el de consentimiento.

El componente informativo consiste en exponer la información pertinente, la cual debe ser verdadera, adecuada y basada en conocimientos científicos y técnicos que el profesional debe explicar al paciente; esta información además debe ser correctamente comprendida para que el paciente pueda formular su consentimiento o rechazo a la actuación propuesta. Interviene, por lo tanto, un elemento intermedio entre la información y la decisión: la comprensión. La transmisión de una información suficiente y

comprensible es básica para que la mujer pueda adoptar una decisión fundamentada en sus propios valores, pero dada la complejidad que presenta, como hemos explicado, la medicina obstétrica, este punto no se encuentra desprovisto de dificultades.

En estos momentos, como se ha mencionado anteriormente, existe interés en la recuperación de una atención más humanizada en la asistencia sanitaria a la maternidad que convierta a la mujer en la verdadera protagonista de este proceso; pero este interés en el retorno a una asistencia más próxima y centrada en la mujer se traduce, en muchas ocasiones, en un simple rechazo a cualquier tecnificación de la asistencia, convirtiendo tecnificación en sinónimo de atención opresiva y despersonalizada, y equiparando una atención respetuosa con la fisiología en sinónimo de humanización de la relación asistencial y en respeto por la autonomía de la mujer.

Efectivamente, la maternidad se ha convertido en la actualidad en una opción para las mujeres. La maternidad ya no constituye aquella vocación universal y opresiva que denunciara Simone de Beauvoir, cuando reclamaba una emancipación de las servilidades biológicas para que la mujer pudiera convertirse en un ser por sí misma. La responsabilidad de las mujeres en el tema de la procreación es especialmente gravosa por la implicación biológica de la misma. Por lo tanto, es a las mujeres (a todas ellas) a quienes corresponde un papel decisivo en el análisis de las tecnologías y en la toma de decisiones y elecciones informadas, dentro de un modelo de relación asistencial centrado en el paciente que privilegie el diálogo y la interacción entre profesional y usuaria.

La humanización de la asistencia y la concesión de protagonismo a la usuaria implica necesariamente una atención que privilegie los principios bioéticos de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía. Además, si consideramos que embarazo y parto, cuando se desarrollan sin complicaciones, pertenecen al ámbito de la fisiología, entonces el principio bioético de la autonomía se convierte en central en los modelos asistenciales, ya que la mujer como usuaria del sistema no puede convertirse en protagonista si no se le reconoce la capacidad de tomar sus propias decisiones y elecciones informadas. No obstante, esta autonomía no puede definirse en base a un modelo ideal desarraigado y desencarnado, sino desde una perspectiva situacional en la que se reconozca la especificidad de cada situación. Cada mujer y cada embarazo deben ser reconocidos en su individualidad. Cada mujer es un «otro concreto» que debe ser respetada desde su propia singularidad.

3.2. El desarrollo del principio de autonomía en la toma de decisiones

En el seno de la relación asistencial el respeto a la autonomía del paciente, en nuestro caso de la mujer embarazada, requiere una actuación y un modelo de relación asistencial que permita un diálogo y deliberación para que las mujeres puedan formarse una actitud crítica frente a sus propios valores y preferencias. Por ende, el proceso de reflexión constituye un momento esencial para poder desarrollar la autonomía. El objetivo final de la interacción profesional/paciente se centra en ayudar a la mujer a determinar y elegir de entre todos los valores relacionados con la salud, y que pueden desarrollarse en el seno de un acto clínico, aquellos que son mejores para tomar decisiones saludables y coherentes. Esta deliberación debe diferenciar entre el tipo de práctica que se propone (de acuerdo al nivel de evidencia científica disponible) y debe además individualizar a cada mujer y a cada embarazo en su propia singularidad contextual. Asimismo, debe ocurrir en el marco de un diálogo abierto en el que el profesional no puede llegar más allá de una persuasión respetuosa en la que resulta imprescindible evitar cualquier tipo de coacción.

La argumentación desarrollada hasta aquí pretende poner de manifiesto que una atención más respetuosa con la fisiología de los procesos de embarazo y parto, y por tanto menos tecnificada, no garantizará, sin más, una atención más humanizada que respete y tenga en cuenta la capacidad de autonomía y de toma de decisiones de la mujer gestante, si no se tiene en cuenta el respeto al principio de autonomía desarrollado en el seno de una relación asistencial que privilegie el diálogo y que tenga en cuenta la singularidad y contextualice cada una de las maternidades potenciando el ejercicio del derecho a la realización de elecciones informadas por parte de todas las mujeres durante el proceso procreativo.

En el ámbito de la relación asistencial, el proceso de información, comprensión y decisión informada puede desarrollarse de acuerdo a diferentes modelos. Emanuel y Emanuel (1999) definen tres modelos de relación asistencial en los cuales se respeta el principio de autonomía del paciente (en nuestro caso la mujer embarazada) en la toma de decisiones.

El primer modelo que Emanuel y Emanuel (1999) exponen es el modelo informativo basado en un modelo contractual de relación asistencial. Para los autores, este modelo es excesivamente frío e impersonal. En este modelo el profesional sanitario pone a disposición del usuario/a la información técnica y sanitaria disponible relacionada con el proceso incluyendo riesgos y beneficios de cada intervención o elección, incluso puede

facilitar esta información por escrito para que la usuaria pueda interiorizar la información y tomar una decisión. En este modelo, características propias de la habilidad en las relaciones interpersonales tales como la amabilidad, la empatía o la receptividad no son importantes para poder desarrollar una atención de calidad. Por ello profundizan en los modelos interpretativo y deliberativo.

En el modelo interpretativo el profesional, igual que en el modelo informativo, pone a disposición del usuario/a la información técnica y sanitaria disponible relacionada con el proceso incluyendo riesgos y beneficios de cada intervención o elección, pero en este caso el profesional sanitario ayuda al paciente a discernir y articular sus valores y a determinar qué intervención médica los desarrolla mejor, ayudándolo de esta forma a realizar una mejor interpretación de sus propios valores. Este modelo parte del supuesto de que los valores del paciente no son estables y no son siempre bien conocidos por el paciente y a veces pueden entrar en conflicto cuando se aplican a contextos y situaciones concretas. Se establece por tanto un trabajo conjunto para reconstruir los objetivos, aspiraciones y responsabilidades del paciente. En este modelo el profesional no se limita a informar, sino que incorpora al paciente en un proceso global de análisis de la situación. El profesional concibe la vida del paciente como un todo discursivo desde el cual determina sus valores y prioridades; en este modelo el profesional actúa como consejero pero se abstiene de juzgar los valores del paciente, su tarea consiste en ayudarlo a comprenderlos mejor y actualizarlos en el contexto sanitario; es siempre el paciente quien toma sus propias decisiones.

Para Emanuel y Emanuel (1999), el modelo ideal de relación entre profesional sanitario y paciente es el modelo deliberativo. Para estos autores el respeto a la autonomía del paciente requiere que los individuos puedan formarse una actitud crítica frente a sus propios valores y preferencias. Es necesario que los pacientes determinen después de una adecuada reflexión si sus valores son aceptables y si son los más adecuados para justificar sus acciones en los temas relacionados con su salud; por lo tanto, el proceso de reflexión constituye un momento esencial para poder desarrollar la autonomía del paciente. En este modelo, el objetivo final de la interacción entre profesional y paciente se centra en ayudar al paciente a determinar y elegir de entre todos los valores relacionados con la salud, y que pueden desarrollarse en el seno de un acto clínico, aquellos que son mejores. Así, pues, la información constituye el primer paso del proceso, pero después el profesional entra en un diálogo con el usuario; ambos deben entrar en un proceso deliberativo

conjunto sobre los valores relacionados con la salud. Esta deliberación no puede llevar al profesional más allá de una persuasión respetuosa. Es imprescindible evitar cualquier coacción, puesto que es el paciente quien debe determinar el curso de acción. La autonomía del paciente se concibe en este modelo como un proceso de desarrollo moral que lo ayuda a adquirir competencia en la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

CONSIDERACIONES FINALES:

El nacimiento de los hijos constituye un momento central en la vida de las mujeres caracterizado por una especial vulnerabilidad, y en el que se precisa de cuidados y atenciones.

En la relación asistencial a embarazo y parto la díada tradicional profesional/usuario es substituida por la tríada profesional/embarazada/feto. En estos momentos el número de pruebas y tecnologías aplicables durante los procesos de atención a embarazo y parto aumentan; por tanto, el proceso de toma de decisiones informadas por parte de la mujer gestante es fundamental. Optar por un modelo u otro de asistencia al parto presenta un grado de complejidad que debe tenerse en cuenta en el seno de la relación asistencial.

Son numerosas las voces que reclaman una asistencia más respetuosa con la fisiología durante la asistencia al nacimiento para de esta forma recobrar el punto de humanización que la tecnificación de la asistencia ha dejado atrás. La argumentación desarrollada ha pretendido poner de manifiesto que una atención más respetuosa con la fisiología de los procesos no garantizará, sin más, una atención más humanizada, si no se tiene en cuenta el equilibrio entre los principios de beneficencia y autonomía.

El desarrollo del respeto al principio de autonomía en el seno de una relación asistencial debe privilegiar el diálogo y el respeto al derecho de las mujeres a ejercer su autonomía, entendiendo esta desde la singularidad, contextualización y acompañamiento de cada uno de los embarazos y partos. Por ello el modelo de relación asistencial deliberativo propuesto por Emanuel y Enmanuel se presenta como el más adecuado, puesto que pretende que tanto mujeres como profesionales enfrenten un diálogo que permita formarse una visión crítica de los valores relacionados con la salud y, tras una correcta deliberación, tomar aquella decisión que mejor se ajuste a la singularidad de cada una de las situaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. Nueva York: Oxford University Press, 2009.
- BOLADERAS, M. *Bioética*. Madrid: Síntesis, 1989.
- CHEVERNAK, F. A.; MCCULLOUGH, L. B. Ética médica. En: Danforth, D. (ed.). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Punta de Santa Fe: McGraw-Hill Interamerican, 2005, pp. 1097-1113.
- EMANUEL, E.; EMANUEL, L. Cuatro modelos en la relación médico paciente. En: Couceiro, A (ed.). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999, pp. 109-132.
- ENGELHARDT, H. T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós, 1995.
- GOBERNA-TRICAS, J. *Dones i procreació ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2009.
- GOBERNA-TRICAS, J. Mujeres y procreación: el respeto a la autonomía en la relación asistencial. En: Boladeras, M. *¿Qué dignidad? Filosofía, Derecho y Práctica sanitaria*. Capellades: Proteus, 2010.
- GOBERNA-TRICAS, J. Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en torno a la terminología empleada. En: *Musas*. 2019, vol. 4, núm. 2, pp. 26-36.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. *Ley 41/2002 Básica Reguladora De La Autonomía Del Paciente Y De Derechos Y Obligaciones En Materia De Información Y Documentación Clínica*. BOE, núm. 274, de 15 de noviembre.
- HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos IV: Tratados ginecológicos: sobre las enfermedades de las mujeres, sobre las mujeres estériles, sobre las enfermedades de las vírgenes, sobre la superfetación, sobre la excisión del feto, sobre la naturaleza de la mujer*. Madrid: Gredos, 1988.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Indicadores Demográficos. Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población*. Madrid, 2023. [Consulta: 31 de octubre de 2023]. Disponible en: www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002.
- MARQUEZ, S.; MENEU, R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. En: *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003, vol. 5, núm. 2, pp. 47-53.
- OAKLEY, A. *The Captured Womb. A history of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Blackwell, 1984.
- SIMON LORDA, P. *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Madrid: Triacastela, 2002.

INTERVENCIÓ INFERMERA EN EL MANEIG NO FARMACOLÒGIC DE LA DISMENORREA PRIMÀRIA: REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA¹

*Nursing Intervention in the Nonpharmacological Management of
Primary Dysmenorrhea: Bibliographic Review*

*Intervención enfermera en el manejo no farmacológico de la
dismenorrea primaria: revisión bibliográfica*

Ghizlane Choukri-Halmi¹

Autor correspondencia: Ghizlane Choukri-Halmi

Correo electrónico: ghizlan6@gmail.com

1. Graduada en Infermeria. Universitat de Barcelona. (*Barcelona, Espanya*)

Recibido: 03/04/2023

Aceptado: 20/06/2023

Publicado: 30/11/2023

¹ Aquest article deriva del treball de final de grau d'infermeria del curs 2021/2022, tutoritzat per la Dra. Josefina Goberna Tricas.



RESUM

INTRODUCCIÓ. La dismenorrea primària és el dolor menstrual que no s'associa a cap patologia secundària. És un dels factors responsables de gran part de l'absentisme i la disminució del rendiment tant escolar com laboral, reduint la qualitat de vida de les dones. No obstant això, el tractament no ha sigut gaire estudiat més enllà del tractament convencional, contribuint d'aquesta manera a silenciar i desatendre la salut de la dona i el dolor que pateixen. **OBJECTIUS.** Esbrinar quines alternatives no farmacològiques podem oferir a les dones i quin rol tenim les infermeres en l'abordatge de la dismenorrea primària. **METODOLOGIA.** S'ha realitzat una revisió bibliogràfica en les següents bases de dades: PubMed, SciELO, CUIDEN, Cochrane Library, Science Direct, CINHALL Complete des de 2016 fins el present. **RESULTATS.** Es van incloure un total de 16 articles que van ser seleccionats d'acord amb els criteris preestablerts i classificats en 5 apartats. **CONCLUSIONS.** La dieta, l'exercici físic, la fisioteràpia i altres alternatives no farmacològiques com l'aromateràpia i el Reiki són efectius davant el dolor de la dismenorrea primària. Així mateix, l'educació sanitària millora la qualitat de vida i disminueix el dolor. Per tant les infermeres poden aplicar o oferir tècniques no farmacològiques a través de l'educació sanitària, augmentant l'auto-cura, oferint eines d'empoderament a les dones i millorant la seva qualitat de vida.

Paraules clau: dismenorrea primària, dieta, exercici físic, fisioteràpia, cures d'infermeria, educació sanitària.

ABSTRACT

BACKGROUND. Primary dysmenorrhea is defined as the menstrual pain that is not associated with any secondary pathology. It is one of the factors responsible for much of the absenteeism and the decline in school and work performance, decreasing the quality of life of women. However, the treatment has not been much studied beyond conventional treatment, thus helping to silence and neglect the health of women and the pain they suffer. **OBJECTIVES.** Find out what non-pharmacological alternatives we can offer to women and what role nurses play in the management of primary dysmenorrhea. **METHOD.** A bibliographic review has been carried out in the following databases: PubMed, SciELO, CUIDEN, Cochrane Library, Science Direct, CINHALL Complete, from 2016 to the present. **RESULTS.** A total of 16 articles were included and selected according to pre-established criteria and classified into 5 sections. **CONCLUSIONS.** Diet, exercise, physical therapy, and other non-pharmacological alternatives such as aromatherapy and Reiki are effective to manage the pain of primary dysmenorrhea, also health education improves the quality of life and decreases pain. Therefore, nurses can apply or offer non-pharmacological techniques through health education, increase self-care, empower women and improve their quality of life.

Keywords: Primary Dysmenorrhea, Diet, Physical exercise, Physiotherapy, Nursing Care, Health Education.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La dismenorrea primaria es el dolor menstrual que no se asocia a ninguna patología secundaria. Es uno de los factores responsables de gran parte del absentismo y la disminución del rendimiento escolar como laboral, disminuyendo la calidad de vida de las mujeres. No obstante, el tratamiento no ha sido muy estudiado más allá del tratamiento convencional, contribuyendo de este modo a silenciar y desatender la salud de la mujer y el dolor que sufren. **OBJETIVOS.** Averiguar qué alternativas no farmacológicas podemos ofrecer a las mujeres y qué rol tenemos las enfermeras en el abordaje de la dismenorrea primaria. **METODOLOGÍA.** Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, SciELO, CUIDEN, Cochrane Library, Science Direct, CINHALL Complete desde 2016 hasta el presente. **RESULTADOS.** Se incluyeron un total de 16 artículos que fueron seleccionados de acuerdo con los criterios preestablecidos y clasificados en 5 apartados. **CONCLUSIONES.** La dieta, el ejercicio físico, la fisioterapia y otras alternativas no farmacológicas como la aromaterapia y el Reiki son efectivos ante el dolor de la dismenorrea primaria. Asimismo, la educación sanitaria mejora la calidad de vida y disminuye el dolor. Por lo tanto, las enfermeras pueden aplicar u ofrecer técnicas no farmacológicas a través de la educación sanitaria, aumentando el autocuidado, ofreciendo herramientas de empoderamiento y mejorando su calidad de vida.

Palabras clave: dismenorrea primaria, dieta, ejercicio físico, fisioterapia, cuidados de enfermería, educación sanitaria.

INTRODUCCIÓ²

La salut de les dones s'ha estudiat i valorat majoritàriament només com a salut reproductiva, fet que ha impedit l'abordatge des d'una perspectiva integral i ha contribuït a silenciar i desatendre les malalties específiques, les queixes i el dolor que pateixen. Un exemple d'això és com s'ha distorsionat la menstruació i el que comporta menstruar, i sobretot com s'ha normalitzat el seu dolor, la dismenorrea. (Irusta, 2018; Valls-Llobet, 2006).

Aproximadament entre un 20% i el 90% de les dones pateixen dismenorrea primària. (Fernández-Martínez et al., 2019; Ortiz Ramírez et al., 2013; Guimaraes et al., 2020). Les variacions en la prevalença mundial són degudes a factors psicosocioculturals del dolor, i a la inclusió del dolor com a part de la menstruació (Valls-Llobet, 2006; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2014).

Els autors coincideixen en que la dismenorrea primària disminueix la qualitat de vida de les persones que la pateixen (Irusta, 2018). És un dels factors responsables de gran part de l'absentisme i la disminució del rendiment tant escolar com laboral (Núñez-Claudel et al., 2020): No obstant això, les opcions que ens ofereixen per l'abordatge d'aquesta dolència són limitades per afrontar un dolor que hem hagut de carregar des dels inicis de l'existència humana. Sembla que la ciència no ha anat més enllà del tractament amb AINES (antiinflamatoris no esteroides) i el tractament hormonal (Sharghi et al., 2019; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2014). Steinam (2019) ens explica d'una forma irònica, però molt realista, en el seu article «If men could menstruate», què passaria si els homes poguessin menstruar, relatant que es crearia fins i tot un Institut Nacional de Dismenorrea i que els metges investigarien més les rampes que provoca la menstruació en comptes d'estudiar els atacs cardíacs dels quals estarien protegits hormonalment.

Parlem de **dismenorrea primària o essencial** quan no es troba cap patologia pèlvica d'origen orgànic que causi el dolor menstrual. Sol aparèixer entre el final de l'adolescència i els 25 anys (González-Merlo, 2003). S'associa a cicles mensuals ovulatoris ja establerts. Per això sol aparèixer d'un a tres anys després de la menarquia (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2014). El dolor es pot descriure com a «tall», «punyalada», «rampa» i/o «ardor» (Núñez-Claudel et al., 2020). Pot variar des d'un dolor sord fins a contraccions o còlics, i en la majoria de casos ve acompanyada de

síntomes sistèmics: cefalees, nàusees i vòmits, diarrea o estrenyiment, astènia, miàlgia, etc. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2014).

La principal causa de la dismenorrea primària és un excés de prostaglandina que estimula el múscul llis provocant contraccions uterines i vasoconstricció que resulta en isquèmia del múscul. És important fer un diagnòstic diferencial, descartant la dismenorrea secundària a una patologia pèlvica com per exemple la endometriosis, que és la malaltia més camuflada per la dismenorrea primària (Guimaraes et al., 2020; Beckmann et al., 2015: pp. 295-297).

L'objectiu terapèutic per la dismenorrea primària és alleugerir el dolor a través del tractament farmacològic, principalment els antiinflamatoris no esteroïdals (AINES) i/o anticoncepció hormonal, o tractament no farmacològic.

Atès que entenem el dolor no només com a un fenomen nociceptiu, sinó també com un fenomen psicosocial, i aquest juntament amb altra simptomatologia associada tant a la dismenorrea com a la pròpia experiència de menstruar o el síndrome premenstrual (González-Merlo et al., 2003: pp. 243-246) alteren la qualitat de vida de les dones. Aleshores, ens preguntem quines altres alternatives podem oferir a les dones que no siguin els tractaments convencionals enfocats només en tractar el dolor i quin rol tenim les infermeres en l'abordatge de la dismenorrea primària. Aquest treball pretén revisar altres línies d'investigació com són la dieta i la fisioteràpia, per veure a on hem arribat, i abordar el dolor d'una forma biopsicosocial, on nosaltres, com a infermeres, podem assessorar-les i oferir totes les alternatives possibles perquè tinguin el dret d'escollir com tractar i viure el dolor i la menstruació, més enllà de les prescripcions social (Aktaş, 2015; Parra-Fernández et al., 2020). Per tant, com a objectiu principal aquesta revisió bibliogràfica pretén identificar el paper de la infermera en l'abordatge del dolor i l'educació sanitària sobre la dismenorrea primària.

METODOLOGIA

Aquest treball és una revisió bibliogràfica on les bases de dades utilitzades han sigut PubMed; SciELO; Cochrane Library; Science Direct; CUIDEN; CINHALL Complete. Les paraules utilitzades per la recerca han sigut delimitades pels Descriptors en Ciències de Salut (DeCs) i en la base de dades PubMed pel Medical Subject Headings (MeSH), de la National Library of Medicine (NLM) (Taula 1). L'estratègia de cerca es pot observar en la Taula 2.

Taula 1. Paraules clau, DeCS, MeSH.

Paraules clau Anglès	Paraules clau Català	DeCS	MeSH
Primary dysmenorrhea	Dismenorrea primària	Dysmenorrhea	Dysmenorrhea
Diet	Dieta	Diet Therapy	Diet Diet therapy Diet, food and nutrition Feeding behavior
Physical exercise	Exercici físic	Exercise	Exercise Exercise therapy
Physiotherapy	Fisioteràpia	Physical Therapy Modalities	Physical Therapy Modalities
Nursing care	Cures d'infermeria	Nursing care	Nursing Nursing care
Health education	Educació sanitària	Health education	Health education

Les combinacions de booleans que s'han usat, per tal d'obtenir els resultats més òptims, les trobem en la Taula 2. Les limitacions de cerca aplicades a totes les bases de dades han sigut: articles publicats en els últims 5 anys (2016-2022), idioma de text en anglès, castellà o català, accés complet a l'article i estudi en humans.

Taula 2. Estratègia de cerca en les diferents base de dades.

Base de dades	Termes i booleans	Resultats obtinguts	Articles seleccionats
PubMed	«Dysmenorrhea» AND («diet» OR «diet therapy» OR «diet, food and nutrition» OR «feeding behavior»)	35	3
	«Dysmenorrhea» AND («Exercises» OR «Exercise therapy»)	15	2
	«Dysmenorrhea» AND «Physical therapy modalities»	3	0
	«Dysmenorrhea» AND «nurs*» AND «Therapy»	66	4
	«Dysmenorrhea» AND «nurs*» AND «Health education»	21	0
SciELO	«Dysmenorrhea»	48	0
Cochrane library	«Dysmenorrhea» AND «diet therapy»	5	0
	«Dysmenorrhea» AND «Exercises»	58	0

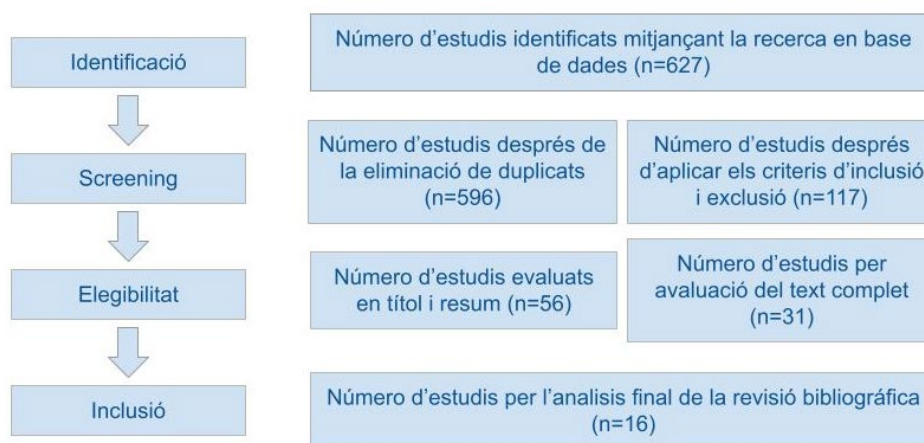
	«Dysmenorrhea» AND «Physical therapy modalities»	4	1
	«Dysmenorrhes» AND «nurs*» AND «Health education»	1	0
Scince Direct	«Dysmenorrhea» AND «diet therapy»	10	1
	«Dysmenorrhea» AND «Exercises»	153	1
	«Dysmenorrhea» AND «Physical therapy modalities»	5	1
	«Dysmenorrhea» AND («nursing care» OR «Health education»)	81	1
CINHAL Complete	(«Dysmenorrhea» OR «menstrual pain» OR «painful menstruation») AND («diet» OR «nutrition» OR «food habit» OR «eating habit» OR «lifestyle» OR «food»)	16	1
	(«Dysmenorrhea» OR «menstrual pain» OR «painful menstruation») AND («exercise» OR «physical activity»)	17	0
	(«Dysmenorrhea» OR «menstrual pain» OR «painful menstruation») AND («physiotherapy» OR «physical therapy»)	3	0
	(«Dysmenorrhea» OR «menstrual pain» OR «painful menstruation») AND («nurse» OR «nurses» OR «nursing»)	38	1
	(«Dysmenorrhea» OR «menstrual pain» OR «painful menstruation») AND («health education» OR «health promotion» OR «health teaching» OR «patient education»)	21	0
CUIDEN	«Dismenorrea»	27	0

El primer criteri d'inclusió son articles que tractin dones amb menstruacions doloroses, que a més a més relacionin el dolor o el patiment de la dismenorrea primària amb la dieta, els aliments, la fisioteràpia o l'exercici físic, i per últim articles orientats a la intervenció infermera en la dismenorrea primària. Pel que fa els criteris d'exclusió es van descartar tots els articles que tractessin la dismenorrea secundària, articles que utilitzin teràpia farmacològica, estudis on el dolor no sigui provocat exclusivament per la dismenorrea primària i articles que comparin dos mesures no farmacològiques o mesures farmacològiques amb no farmacològiques, ja que degut a l'extensió de la bibliografia

trobada, en aquesta revisió es prioritza els beneficis de cada mesura no farmacològica per sí sola.

Pel que fa la selecció d'articles, d'un total de 627, després de la aplicació dels criteris d'exclusió i inclusió, junt amb les limitacions esmentades anteriorment, s'han reduït a 31 articles per l'avaluació de la seva lectura completa, tal com es mostra en la Figura 1. Després de la lectura, s'han exclòs diferents articles que no eren rellevants per l'estudi, quedant 16 per la revisió bibliogràfica.

Figura 1. Diagrama de flux de la metodologia.



RESULTATS

Tots els articles seleccionats relacionen alguna intervenció amb la dismenorrea primària o el dolor menstrual. Pel seu anàlisi s'han classificat els resultats en cinc grups d'intervencions diferents: la dieta (Taula 3), l'exercici físic (Taula 4), les tècniques fisioterapèutiques (Taula 5), les teràpies alternatives (Taula 6) i la relació entre la dismenorrea primària i l'educació sanitària (Taula 7).

Taula 3. Resultats dels efectes de la dieta sobre la dismenorrea primària.

Títol Autor, Any, País	Tipus d'article, Disseny	Subjectes, àmbit	Variables / dimensions / Instruments / Intervenció	Resultats / Conclusions/ implicacions pràctica/ investigació
<p>The effect of diet on primary dysmenorrhea in university students: A randomized controlled clinical trial</p> <p>Kartal, Y. A, Akyuz, E. Y.; 2018; Turquia</p>	<p>Article original.</p> <p>Disseny experimental : assaig clínic.</p>	<p>67 estudiants entre 18-35 anys de ciències de la salut amb dismenorrea primària. S'han dividit en dos grups aleatòriament: Grup d'intervenció i grup control.</p>	<p>La intensitat de la dismenorrea primària va ser mesurada amb l'escala visual anàloga (EVA), abans de la intervenció i tres mesos després, en els dos grups. La teràpia consistia en ingesta adequada de líquids i consum d'aliments fibrosos. 55% d'hidrats de carboni, <30% de greixos i un 15-20% de proteïnes. Peix 1-2 vegades per setmana, > 1000 mg de calci i 8-10 fruits secs o 1-2 nous, ametlles al dia. Restricció de cafeïna, ingesta d'aliments picants, àcids i carbonatats.</p>	<p>Abans de la intervenció, el dolor del grup de dieta era $7,14 \pm 1,3$, i en el de control $7,09 \pm 1,4$, sense cap diferència estadísticament significativa entre ells ($p > 0,05$). No obstant això, després de tres mesos de teràpia dietètica, la puntuació mitjana del dolor del grup de la dieta era significativament més baixa.</p> <p>L'estudi va demostrar que la freqüència de severitat del dolor en la dismenorrea era significativament menor en el grup tractat amb dieta. Es suggereix que s'haurien de promoure comportaments saludables i d'estil de vida en les noies joves i repetir aquests estudis amb un seguiment més llarg.</p>
<p>Influencia de factores dietéticos en el dolor menstrual</p> <p>Valverde-Díez, C. N. Del Carmen-Rodríguez, M.; 2021; Espanya</p>	<p>Article original</p> <p>Disseny: estudi descriptiu</p>	<p>67 estudiants grau infermeria 18-45 anys que han tingut la menstruació durant tres cicles anteriors. 61,2 % de les quals pateix dismenorrea.</p>	<p>Es va passar un qüestionari que demanava l'IMC, el grau de dolor en EVA i el consum d'aliments habituals durant la menstruació i quins aliments creien que eren més beneficiosos o més perjudicials per la dismenorrea.</p>	<p>No consumir aliments precuinats, pastissos, refrescs i algunes espècies son factors protectors ($p < 0,05$). Les espècies relacionades amb dolor lleu o no dolor han sigut la cúrcuma, el comí, gíngebre i el pebre. I dolor greu al no consumir l'orenga. Els resultats de l'estudi donen suport a les investigacions que indiquen que l'ús de dietes baixes en sucres i riques en grasses no saturades, així com el consum habitual de diferents espècies, resulten un tractament no farmacològic efectiu per la dismenorrea primària. No obstant això, es necessita més estudis amb una mostra més extensa per poder trobar dades significatives.</p>

<p>Relationship between Diet, Menstrual Pain and other Menstrual Characteristics among Spanish Students.</p> <p>Onieva-Zafra, M. D., Fernández-Martínez, E., Abreu-Sánchez, A. et al.; 2020; Espanya</p>	<p>Article original</p> <p>Disseny: estudi descriptiu transversal</p>	<p>311 estudiants d'infermeria de 18 a 35 anys (edat mitjana 21,17)</p>	<p>Qüestionari autocomplementat: informació sociodemogràfica i ginecològica. La intensitat del dolor en EVA. Pel que fa la dieta es van incloure el consum d'oli d'oliva, pernil i maduixes. A més es valora l'adherència a la dieta mediterrània a través del qüestionari KIDMED. Per últim s'ha recollert les dades sobre el consum d'alcohol a través de unitats de begudes estàndards (UBE).</p>	<p>El dolor menstrual està associat a menjar menys de dos porcions de fruita al dia. L'adherència moderada i alta a la dieta mediterrània i la baixa consumició d'alcohol està relacionada amb cicles més curts. No s'ha trobat cap correlació amb la consumició d'alcohol. Les dones que consumeixen oli d'oliva tenen un sagnat més lleu. No es va trobar diferències entre la dismenorrea i la no dismenorrea amb la adherència a la dieta mediterrània. No obstant aquest estudi és una primera aproximació a la relació entre la dieta mediterrània i la menstruació. Es necessiten més estudis per confirmar i ampliar aquestes conclusions.</p>
<p>Major dietary patterns in relation to menstrual pain: a nested case control study</p> <p>Najafi N, Khalkhali H, Moghaddam Tabrizi F, Zarrin R; 2018 ; Iran</p>	<p>Article original</p> <p>Disseny Observacion al casos i controls</p>	<p>293 estudiants de 19-30 anys, 60 sense dismenorrea i 60 amb dismenorrea. Es van descartar malalties genitals. Assignades aleatòriament al grup de casos (n=46) i control (n=54).</p>	<p>Segons la intensitat del dolor i el seu efecte sobre l'activitat diària, els símptomes i la necessitat d'analgèsics, la dismenorrea, es va classificar en: zero (cap), 1 (lleu), 2 (moderat) o 3 (greu). Es va administrar un qüestionari amb qüestions sobre: informació sociodemogràfica, activitat física, nivells de depressió i ansietat, característiques menstruals i les característiques dietètiques en els últims 6 mesos.</p>	<p>De 293 estudiants la freqüència de dismenorrea va ser d'un 74,3%. No hi havia diferències significatives entre les característiques dels dos grups. S'han identificat tres grups de dieta: Lacto-vegetariana; «aperitius»; Aliments barrejats. I en les que s'ha trobat més relació amb la dismenorrea ha sigut la dieta on predomina els aperitius. El que es tradueix en que la dieta, caracteritzada per un elevat consum de sucres, aperitius salats, dolços i postres, te i cafè, sal, sucres de fruites i greix afegit s'associa amb un major risc de dismenorrea entre les dones joves.</p>

<p>Nutrition as a Potential Factor of Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review of Observational Studies.</p> <p>Bajalan, Z., Alimoradi, Z., Moafi, F.; 2019; Iran</p>	<p>Revisió Sistemàtica</p>	<p>Estudis que inclouen dones de totes les franges d'edat amb dismenorrea primària estudiant: hàbits nutricionals, aliments habituals o nutrients en la seva dieta.</p>	<p>Es va realitzar una recerca sistemàtica de la literatura en les següents bases de dades: Web of Science, Embase, Scopus i PubMed. Es van incloure articles del 1990 al 2018. L'estudi esta format per 38 articles.</p>	<p>No s'ha trobat associació significativa entre la consumició de carbohidrats o el seguiment d'una dieta vegetariana amb la dismenorrea. La consumició de peix està associada a un dolor menstrual més lleu. Les dones amb dismenorrea consumeixen menys fruites i verdures i tenen menys nivells de vitamines al plasma. S'ha trobat associació positiva entre consum de làctics i reducció del dolor. El consum excessiu de sucre i el consum de cafeïna s'han associat a afavorir la dismenorrea. Hi ha associació negativa entre la dismenorrea i saltar-se els àpats i seguir una dieta per baixar de pes. Cal parar atenció a les conductes nutricionals femenines i prendre mesures per augmentar el coneixement de les dones amb dismenorrea. Es recomana dissenyar i implementar estudis d'intervenció sobre educació i modificació de la nutrició</p>
<p>Effects of dry figs on primary dysmenorrhea symptoms, peceived stress levels and the quality of life</p> <p>Amanak, K.; 2020; Turquia</p>	<p>Article original Disseny: Estudi aleatoritzat de control amb placebo.</p>	<p>115 estudiants de les quals 31 van ser assignades el grup placebo, 33 al grup de canyella i 34 al grup de figues seques. Es va acceptar com a dismenorrea aquelles noies que tenien més d'un 3 en la puntuació total de la dismenorrea.</p>	<p>Seguiment abans, durant i després de la intervenció amb qüestionari on es reflecteixen el dolor en EVA, el malestar menstrual i la qualitat de vida entre d'altres. La intervenció consistia en administrar una càpsula buida al grup de placebo 3 vegades al dia, 420 mg de canyella tres vegades al dia en el grup de canyella i el grup de figues seques es prenien 2 figues tres vegades al dia durant el 1r, 2n i 3r dia de la menstruació.</p>	<p>L'estudi ha demostrat que el dolor, la seva duració, el malestar i l'estrès ha sigut més lleu en el grup de figues seques i canyella comparat amb el grup placebo durant els 3 mesos de cicle en el que es va fer la intervenció. Essent la figa seca més efectiva que la canyella obtenint valors menors. La qualitat de vida tenia valors més alts en el grup de figa seca que en els altres dos grups. Posat que s'ha vist l'efectivitat de les figues seques i al ser un aliment accessible que no requereix de cap preparació, els autors arriben a la conclusió de que s'hauria de recomanar la seva ingesta a les dones amb dismenorrea primària.</p>

Taula 4: Resultats dels efectes de l'exercici físic sobre la dismenorrea primària

Títol Autor, Any, País	Tipus d'article, Disseny	Subjectes, àmbit	Variables / dimensions / Instruments / Intervenció	Resultats/ Conclusions/ implicacions pràctica/ investigació
Therapeutic Exercise in the Treatment of Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis Carroquino-Garcia, P., Jiménez-Rejano, J. J., Medrano-Sánchez, E. et al.; 2019; Espanya	Revisió sistemàtica i Meta-anàlisis	Dones entre 16 i 25 anys amb dismenorrea primària, estudis que inclouen l'exercici com a tipus de teràpia, estudis que avaluen la intensitat i la durada del dolor i la qualitat de vida.	Per a la cerca d'informació, les bases de dades seleccionades van ser Web of Science, PubMed, Dialnet, CINAHL, Physiotherapy Evidence Database (PEDro) i Scopus. Es van seleccionar 16 articles. El tipus d'exercici del grup experimental consistia en exercicis d'estirament, exercicis de Kegel, exercicis isomètrics, córrer, ioga, exercicis aeròbics i/o exercicis de relaxació	Els resultats han demostrat una disminució significativament del dolor en el grup de pacients que realitzaven exercici físic. Quant a la duració del dolor, hi ha hagut una reducció significativa en 5 estudis dels 8 que estudiaven aquesta variant. I per últim la qualitat de vida només va ser estudiada en 4 articles tres dels quals mostraven millora en el grup experimental especialment en els que practicaven exercici aeròbic i ioga. S'arriba a la conclusió que l'exercici terapèutic de 8 a 12 setmanes és una opció terapèutica. Quant a la qualitat de vida l'evidència encara és escassa. Calen més estudis amb metodologia de qualitat, i haurien d'incloure la mesura de la qualitat de vida, atès l'impacte que aquest problema de salut té en moltes d'elles.
The Effect of Zumba Exercise on Reducing Menstrual Pain in Young Women with Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Trial Samy A, Zaki, S. S., Metwally, A. A., Mahmoud, D. S. E., Elzahaby, I. M., Amin, A. H. et al.; 2019; Egipte	Article original Disseny: Experimental Assaig clínic controlat aleatoritzat	98 dones entre 18-35 anys amb cicle menstrual regular que pateixen de dismenorrea primària. Aleatòriament distribuïts en un grup experimental (Zumba) i en grup control.	Les participants del grup experimental van rebre 16 classes de 60 minuts de Zumba per dos cicles consecutius. Dos vegades a la setmana durant 8 setmanes. Començaven en el tercer dia del cicle menstrual. Les participants en el grup control no van rebre cap intervenció només seguiment telefònic. La intensitat del dolor va ser mesurada per l'escala EVA. Se'ls hi va realitzar una prova d'ultrasons per descartar malalties pèlviques.	No hi havia cap diferència significativa quant a les característiques de cada grup ni tampoc sobre el dolor abans de la intervenció. No obstant això, després del tercer cicle postintervenció es va trobar una diferència significativa pel que fa a la intensitat del dolor, essent més reduït en el grup experimental. A més a més, s'ha vist que el dolor s'ha anat disminuint en el grup experimental a mesura que passaven els mesos. En conclusió, practicar Zumba pot reduir la intensitat i la duració del dolor menstrual. D'aquesta forma, oferir la practica de Zumba regularment pot ser una possible teràpia complementària de la dismenorrea primària.

<p>Yoga for menstrual pain in primary dysmenorrhea: A meta-analysis of randomized controlled trials</p> <p>Sang-Dol, K.; 2019</p>	<p>Meta-anàlisi d'assaigs clínics controlats aleatoritzats.</p>	<p>Dones amb dolor menstrual que afecta a les activitats diàries, en edat reproductiva i que tinguin dismenorrea primària.</p>	<p>Es va fer una cerca sobre els efectes de practicar ioga en relació amb el dolor menstrual en les bases de dades de PubMed, EMBASE, Web of Science i Cochrane Library. Es van incloure només els assaigs clínics aleatoritzats que comparen el ioga com a ús terapèutic en la dismenorrea primària VS no utilitzar ioga. I mesuren el dolor amb l'escala EVA.</p>	<p>Es va seleccionar 4 articles amb un total de 230 participants. Les tècniques del ioga utilitzades als estudis i la freqüència eren heterogènies. S'ha trobat que hi ha un efecte entre practicar ioga i el dolor menstrual, comparat a no practicar ioga. Aquest últim disminueix significativament el dolor menstrual. En conclusió es considera el ioga una teràpia efectiva per l'alleugeriment del dolor en dones que pateixin dismenorrea primària.</p>
--	---	--	---	---

Taula 5. Resultats dels efectes de tècniques fisioterapèutiques sobre la dismenorrea primària

Títol Autor, Any, País	Tipus d'article, Disseny	Subjectes, àmbit	Variables / dimensions / Instruments / Intervenció	Resultats/ Conclusions/ implicacions pràctica/ investigació
Efficacy of Physiotherapy Treatment in Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis Remedios López, R. L., Álamo, L. T., Vega-Ramírez, F. A. et al; 2021; Espanya	Revisió sistemàtica i meta-anàlisis	Dones amb dismenorrea primària que no utilitzen anticoncepció hormonal	La intervenció consisteix en qualsevol tècnica fisioterapèutica o altres tècniques utilitzades per fisioterapeutes al menys durant dos cicles menstruals. La cerca es va fer a través de les base de dades: SCOPUS, Web of Science i Medline obtenint un total de 351 articles dels quals s'han seleccionat 9 per la revisió.	Els tractaments utilitzats han sigut: massoteràpia i exercicis isomètrics; ioga; Electroteràpia L4-L3; exercicis d'estirament més respiració abdominal; cinta de Kinesio aplicada en la regió sacra i suprapúbica; exercicis d'estirament i ball aeròbic; programa de teràpia física (estiraments, exercicis de Kegel i exercicis de relaxació); manipulació del teixit connectiu més estils de vida; termoteràpia i TENS; exercicis de relaxació progressiva. Aquest últims 4 tipus de teràpia presenten estudis amb més qualitat metodològica. Tots els articles (692 participants) han demostrat que la fisioteràpia aplicada millorava el dolor. Es suggereix que els tractaments conservadors, com certes tècniques de fisioteràpia, poden proporcionar una reducció clínicament significativa dels símptomes de la dismenorrea primària sense efectes secundaris.
A randomized controlled clinical trial evaluating quality of life when using a simple acupressure protocol in women with primary dysmenorrhea Bazarganipour, F. et al.; 2017; Iran	Article original Disseny: Experimental, Assaig clínic aleatori	90 estudiants amb dismenorrea primària dividits aleatòriament entre tres grups (intervenció LIV3, LI4 i placebo)	Intensitat del dolor mesurada amb l'escala visual de Wong-Baker i qüestionari de qualitat de vida a principi de cada menstruació. Les participants van ser instruïdes per poder aplicar la acupressió elles mateixes. La intervenció consistia en aplicar pressió durant 20 min en els punts LIV3, LI4 i el punt placebo, respectivament en cada grup, 7 dies abans de la menstruació. La intervenció va ser duta a terme durant tres cicles.	La intensitat de la dismenorrea era similar en els tres grups abans de la intervenció. Però a partir del segon i tercer cicle post- intervenció s'ha vist una diferència significativa entre els grups. El dolor en el grup placebo era més intens que en els grups d'intervenció així mateix la diferència es veu en la duració del dolor. Quant a la qualitat de vida, el grup placebo mostrava pitjors resultats que el grup d'intervenció a partir del segon i tercer cicle. Els autors arriben a la conclusió que instruir a les dones amb dismenorrea primària en aquesta tècnica pot ser una alternativa a la teràpia farmacològica, i d'aquesta forma es fomenta l'autocura.

Taula 6. Resultats dels efectes d'altres teràpies alternatives sobre la dismenorrea primària

Títol Autor, Any, País	Tipus d'article, Disseny	Subjectes, àmbit	Variables / dimensions / Instruments / Intervenció	Resultats/ Conclusions/ implicacions pràctica/ investigació
Effects of aromatherapy on dysmenorrhea: A systematic review and meta- analysis Song, J. A., Le, M., Min, E. et al; 2018	Revisió sistemàtica i meta-anàlisis.	Noies o dones que pateixen de dolor menstrual sense cap patologia genital, crònica o mental i sense cap al·lèrgia a l'aromateràpia.	Cerca a les base de dades: PubMed, CINHALL, CENTRAL i bases coreanes, més literatura gris. La intervenció portada a terme és l'aplicació d'aromateràpia de forma inhalatòria o en massatge utilitzant olis que son comparats amb altres intervencions, amb grups sense teràpia o amb grups placebo. Es van recollir 21 articles en total, 7 dels quals es fa un meta-anàlisis. Tots els estudis han utilitzat l'escala d'EVA per mesurar el dolor.	L'aromateràpia comparada amb placebo ha demostrat una disminució en el dolor i amb una diferència estadísticament significativa. Mostrant més efecte quan és aplicada en forma de massatge. L'oli de lavanda va ser el més utilitzat seguidament de Salvia Sclarea i oli de Rosa. El temps d'aplicació més eficaç va ser entre 1-2 dies després de la menstruació i deixava de ser eficaç després del tercer dia. Els autors consideren necessari determinar un protocol estandaritzat per seleccionar els olis, la barreja d'olis i el mètode d'aplicació i el període, per que puguin ser una intervenció infermera eficaç.
The Effect of Reiki on Pain, Fatigue, and Quality of Life in Adolescents With Dysmenorrhea Koçoğlu, F., Zincir, H.; 2021; Turquia	Article original Disseny: Experimental, cas-control	75 estudiants d'institut entre 14-18 anys que pateixen de dismenorrea primària.	S'han recollit dades relacionades amb la qualitat de vida, el dolor i un informe de diagnòstic de dismenorrea primària de les participants pre i post-intervenció. Han dividit les participants de forma aleatòria en grup d'intervenció que realitza Reiki i el grup placebo al que se li aplica la mateixa teràpia però per un professional no qualificat. La intervenció consistia en 7 sessions en total, 4 diàries en els primers 4 dies del cicle i 3 cada setmana durant 30-45 minuts, començant del cap cap als peus passant pels 7 chakras principals.	No hi havia diferència estadísticament significativa entre els dos grups quant a les característiques de cada un. L'escala d'EVA va disminuir en el grup de Reiki després de la intervenció. La diferència entre els dos grups s'ha detectat després de la quarta sessió. També s'ha trobat millora en la fatiga en el grup Reiki. No obstant no es va trobar una diferència estadísticament significativa en la qualitat de vida pre i post intervenció. Els autors arriben a la conclusió que el Reiki està recomanat com a teràpia complementària que pot ser utilitzada per infermeres qualificades i es recomana la seva inclusió en l'educació sanitària de les adolescents. No obstant això, es necessita més investigació sobre el tema en diferents edats i en estudis més perllongats.

Taula 7. Relació entre l'educació sanitària i la dismenorrea primària.

Títol Autor, Any, País	Tipus d'article, Disseny	Subjectes, àmbit	Variables / dimensions / Instruments / Intervenció	Resultats/ Conclusions/ implicacions pràctica/ investigació
Promoting the menstrual health of adolescent girls in China Su, J. J., Lindell, D.; 2016; China	Article original Disseny: quasiexperimental.	180 noies de dos escoles diferents (n=100 escola A on es realitza intervenció, n=80 escola B escola control), estudiants d'entre 12-15 anys que han tingut al menys una menstruació amb dolor.	Per mesurar la intervenció s'han passat formularis sobre el coneixement menstrual, actituds envers la menstruació, mesures utilitzades per la cura durant la menstruació i les mesures utilitzades per lidiar amb la dismenorrea. La intervenció consistia en 5 sessions interactives d'educació sanitària, i les sessions canvien a mesura que sorgien necessitats de les noies. Al acabar les sessions es passava un post-test dels formularis esmentats abans per valorar la diferència.	Las participants en l'escola A han demostrat un increment en el coneixement, la confiança i els mecanismes utilitzats per lidiar amb la dismenorrea. Han augmentat la freqüència d'autocura, i han millorat el seu estil de vida practicant més exercici. Els autors arriben a la conclusió que els programes d'educació menstrual són una clau per ajudar a les adolescents per entendre millor la seva menstruació i utilitzar els serveis sanitaris si cal. Les infermeres estan en la posició d'abordar aquests programes d'educació. I es recomana educació avançada en les noies que presenten dismenorrea, síndrome premenstrual i irregularitats en el cicle.
The effects of a Dysmenorrhea Support Program on University Students Who Had Primary Dysmenorrhea Yilmaz, B., Sahin, N.; 2019; Turquia	Article original Disseny: experimental aleatoritzat controlat	L'experiment va ser completat per 29 estudiants en el grup d'estudi i 31 en el grup control.	La intervenció en un programa de suport a la dismenorrea primària que consistia en 6 sessions: primera orientació i introducció a l'abordatge cognitivo-conductual de la dismenorrea; en la segona, educació sobre diferents termes, en la tercera la fisiologia de la menstruació; la quarta mètodes no farmacològics; en la cinquena mètodes addicionals no farmacològics i en la sessió revisió de les altres sessions i consulta individual. En el grup de control no es va realitzar cap intervenció. Les dades per comparar van ser recol·lectades a través de diferents formularis, pre i post-intervenció en els dos grups.	La intensitat de dismenorrea en el grup d'estudi és menor que el grup control a partir de les 4-8h després de l'inici de la menstruació al tercer cicle post-intervenció. El grup d'estudi ha demostrat més coneixement després de la intervenció i refereixen estar menys afectades funcionalment i emocionalment per la dismenorrea que el grup control. L'ús d'analgèsia en el grup control era més alt que el grup d'estudi a partir del tercer mes. Un programa de suport a la dismenorrea de forma rendible i efectiva, amb enfocament cognitiu-conductual, és un mitjà segur per alleujar els símptomes, disminuir l'ús d'analgèsics i augmentar el nivell de coneixement. Cal conscienciar i educar al personal sanitari sobre l'abordatge de la dismenorrea, ja que és el problema més comú observat en les dones. Es recomana incorporar professionals sanitaris en aquests programes per proporcionar efecte més ampli i augmentar la sostenibilitat del programa.

<p>The Effect of Health Education on Knowledge and Self-Care Among Arabic Schoolgirls With Primary Dysmenorrhea in Malaysia Al Ajeel, L. Y., Chong, M. C., Tang, L. Y., Wong, L. P., Al Raimi, A. M.; 2020; Malasia</p>	<p>Article original Disseny: Quasiexperimental.</p>	<p>Noies de 13 a 18 anys amb un dolor menstrual superior a 3 en l'escala d'EVA de diferents instituts. 268 van ser assignades al grup experimental i 212 al grup control.</p>	<p>La intervenció consistia en sessions d'educació sanitària, cada una durava 30 minuts i es donaven en forma de classe magistral, debat i intercanvi d'experiències, sobre la menstruació, la dismenorrea primària i mètodes d'autocora. Al final es va dissenyar un fullet sobre la dismenorrea primària i es va distribuir. En el grup control no es va fer cap intervenció, només es va donar un llibret al final de l'estudi. Les dades van ser recol·lectades abans i 2 mesos després de la intervenció.</p>	<p>En el grup experimental hi va haver un increment del coneixement i l'autocura després de la intervenció. Així mateix, el grup control també ha demostrat un petit increment en el coneixement i l'autocura gracies al llibret. Aquest estudi subratlla la necessitat de proporcionar per part de les infermeres una educació sanitària activa en quan a la dismenorrea primària. S'ha demostrat que si les noies estan preparades amb el coneixement adequat sobre la dismenorrea primària i les mesures per alleujar el dolor, desenvolupen una actitud positiva cap a la menstruació que millora d'una forma significativa la qualitat de vida, fomentant la autocura.</p>
--	---	---	--	---

DISCUSSIÓ

S'han trobat diferents articles que parlen de diferents teràpies no farmacològiques. Degut a la varietat d'aquestes, difereixen els objectius de cada un, però tots coincideixen en veure l'efectivitat de la intervenció en el dolor de la menstruació i altres símptomes.

Dos dels articles són descriptius, Valverde-Díez et al. (2021) i Onieva- Zafra (2019), que són els que tenen menor evidència científica en aquesta revisió, seguit d'un disseny observacional amb casos i control de Najafi et al. (2018). La resta són revisions sistemàtiques com és Bajalan et al. (2019), la majoria de les quals utilitzen metaanàlisis, la qual cosa els hi afegeix més evidència científica.

La majoria d'articles trobats són de Turquia i Iran. Només s'han trobat 4 articles d'Espanya, dos dels quals són revisions sistemàtiques d'assajos clínics controlats aleatoritzats duts a terme en diferents països.

Dels 16 articles seleccionats, 6 parlen d'una possible teràpia dietètica, 3 parlen de la possible relació entre l'exercici físic i la dismenorrea primària, 2 aborden modalitats fisioterapèutiques com a tractament, un article reuneix l'evidència sobre la aromateràpia pel dolor menstrual i un altre els efectes del Reiki en la dismenorrea. Per últim, 3 articles que relacionen l'educació sanitària i la promoció de la salut menstrual amb la dismenorrea.

A continuació, s'examinen els resultats trobats segons el tipus de teràpia:

A) Teràpia dietètica

Quant a la dieta, Kartal et al. (2018) ens parla d'una intervenció efectiva en la que les participants consumien una dieta equilibrada amb una ingesta adequada de líquids i d'aliments fibrosos, rica en carbohidrats complexos i baixa en greixos i proteïnes. Es caracteritzava pel consum de peix, calci, fruits secs en especial les nous o ametlles i amb una restricció de cafeïna, aliments picants i àcids. Pel que fa el consum de fruita, Onieva-Zafra et al. (2020) el relaciona amb una disminució del dolor menstrual. Així mateix, Bajalan et al. (2019) relaciona les dones que consumeixen menys fruita i verdures amb menys nivells de vitamines al plasma i conseqüentment pateixen més dolor. El no consumir aliments precuinats, sucres i begudes carbonatades s'ha considerat com a factor protector segons Valverde-Díez et al. (2021), cosa que es veu reflectida també en l'estudi de Najafi et al. (2018), on es relaciona una dieta «d'aperitius» caracteritzada per un alt

consum de sucres amb un major risc de dismenorrea. A més a més, afegeix el consum de cafès, te, salats i greix com a factors de risc coincidint amb Bajalan et al. (2019), però aquest mateix autor no troba cap relació entre el consum de carbohidrats amb la dismenorrea a diferència de la intervenció que fa Kartal et al. (2018), una dieta rica en carbohidrats complexos per disminuir el dolor. No obstant això, els dos autors coincideixen en el consum de peix i làctics relacionat amb un dolor menstrual més lleu. Pel que fa el seguiment d'una dieta segons Bajalan et al. (2019) i Najafi et al. (2018), no s'ha trobat cap relació entre el seguiment d'una dieta vegetariana amb la dismenorrea. Onieva-zafra et al. (2020) tampoc ha trobat relació amb la dieta mediterrània pel que fa el dolor, no obstant, aquesta si que tenia relació amb la durada del cicle, essent el cicle més llarg com més baixa adherència es tenia a la dieta mediterrània. També cal destacar que Onieva-zafra et al. (2020) senyala que com més consum de llegums a la setmana, més dolor tenien les dones. Per últim Bajalan et al. (2019) troba una associació negativa entre la dismenorrea i saltar-se els àpats o seguir una dieta per baixar pes. Com a aliments concrets per disminuir el dolor, Amanak et al. (2020) demostra que el dolor, la duració i el malestar de la dismenorrea han sigut més lleus en les persones que consumien figues seques, tres vegades al dia durant els primers dies del cicle.

B) Teràpia física

Respecte l'exercici físic, Carroquino-Garcia et al. (2019) senyala com exercicis més efectius els programes d'exercicis d'estiraments i els isomètrics durant 8 setmanes, el ioga durant 12 setmanes i els exercicis aeròbics durant 12 setmanes. Així mateix Sang-dol et al. (2019) assenyalen també el ioga com a mètode efectiu per la disminució del dolor. Samy et al. (2019) han demostrat que practicar la modalitat d'exercicis Zumba dues vegades a la setmana durant 8 setmanes redueix significativament el dolor menstrual comparat amb el grup control.

Pel que fa a les tècniques fisioterapèutiques, López et al. (2021), igual que Carroquino-Garcia et al. (2019), també assenyalen com a mètodes terapèutics els exercicis isomètrics, el ioga, els exercicis d'estirament combinats amb altres teràpies com són la respiració abdominal o el ball aeròbic. A part d'aquests, Lopez et al. (2021) exposen altres teràpies fisioterapèutiques com són la massoteràpia, l'electroteràpia, cinta de Kinesio i programes de teràpia física que inclouen estirament, exercicis de Kegel i de relaxació. Tots els articles de la revisió sistemàtica de López et al. (2021) coincidien en

que la fisioteràpia millora el dolor menstrual, però cal tenir en compte que els articles amb millor qualitat metodològica que reuneix en la revisió es basen en la utilització d'un programa de teràpia física d'estirament amb exercicis de Kegel i de relaxació, la manipulació del teixit connectiu combinada amb canvis en els estils de vida, la termoteràpia combinada amb estimulació nerviosa elèctrica transcutània (TENS), i els exercicis de relaxació progressiva. Bazarganipour et al. (2017) ens parlen de l'acupressió, una tècnica senzilla que pot ser aplicada per les pròpies dones i que ha demostrat efectivitat quant a la disminució del dolor.

C) Teràpies alternatives

Song et al. (2018) ens parlen de l'aromateràpia, la qual ha demostrat més efectivitat en massatge que de forma inhalatòria, coincidint amb Lopez et al. (2021), que exposen la massoteràpia como a intervenció efectiva. Quan als olis més utilitzats segons la revisió de Song et al. (2018), han sigut la lavanda, la Salvia Sclarea i l'oli de rosa. Un altre teràpia alternativa trobada ha sigut el Reiki. Segons Koçoglu et al. (2021), és una teràpia efectiva que ha demostrat disminuir el dolor de la dismenorrea primària.

D) Educació sanitària

Pel que fa l'educació sanitària, Yilmaz et al. (2019), Su et al. (2016), Al Ajeel et al. (2020) utilitzen sessions formatives. Yilmaz et al. (2019) ens presenta un programa de suport a la dismenorrea amb un abordatge cognitivo-conductual que ha sigut efectiu, disminuint d'aquesta forma el dolor en el grup d'intervenció. Su et al. (2016) utilitza sessions més interactives en les que aquestes canviaven segons les necessitats que sortien de les participants. Per últim, Al Ajeel et al. (2020) utilitza sessions formatives en forma de classes magistrals, debat i intercanvi d'experiències a partir de les quals es va dissenyar un fulletó informatiu. Aquesta intervenció, igual que la de Su et al. (2016), ha demostrat una millora en l'autocura de les participants i el desenvolupament d'una actitud positiva cap a la menstruació. En canvi, Yilmaz et al. (2019), a part d'aconseguir més coneixement i una millora en la percepció de la menstruació, també ha demostrat una disminució en la intensitat de la dismenorrea.

També cal considerar altres aspectes com el diagnòstic diferencial, el període d'intervenció aplicat, així com el rol infermer en cada cas.

Diagnòstic diferencial y període d'intervenció

Najafi et al (2018) , Samy et al. (2019) i Koçoglu et al. (2019) són els únics estudis que realitzen proves per descartar una malaltia pèlvica de base que sigui la causant del dolor. La resta d'articles valoren la dismenorrea primària a través d'escales de dolor com l'escala visual analògica de dolor (EVA). Sang-dol et al. (2019) afegeixen també l'alteració en les activitats diàries bàsiques, mentre que Bazarganipour et al. (2017) utilitzen l'escala del dolor de Wong-Baker. No obstant això, tots utilitzen com a criteri d'exclusió aquelles dones amb algun problema patològic relacionat amb la menstruació o l'aparell reproductiu.

El temps d'intervenció difereix també segons el tipus de tractament. Samy et al. (2019) és un dels 8 articles experimentals seleccionats, ha tingut la durada de l'estudi més curt, durant dos cicles consecutius, és a dir, dos mesos. La resta d'articles experimentals tenien una durada mínima de tres cicles mensuals, com per exemple Kartal et al. (2018). Koçoglu et al. (2021) no especifiquen durant quants cicles es realitza el Reiki, però sí la periodicitat. Quant a la educació sanitària, la intervenció va ser duta a terme, també durant 3 cicles Yilmaz et al. (2019). Els altres dos articles sobre educació sanitària són dissenys quasiexperimentals que no especifiquen en quants cicles es realitza la intervenció.

El dia del cicle menstrual per realitzar la teràpia és diferent segons la intervenció. Amanak et al. (2020) realitzen la teràpia de menjar figues durant els 3 primers dies del cicle. Samy et al. (2019) comencen la teràpia amb Zumba al tercer dia del cicle menstrual, Bazarganipour et al. (2017) realitzava la tècnica d'acupressió 7 dies abans de la menstruació. Les altres teràpies consistien en intervencions durant tot el cicle o en diverses sessions en diferents parts d'aquest que tracten més d'un canvi d'estil de vida com són la dieta en el cas de Kartal et al. (2018) o l'exercici a Carroquino-Garcia et al. (2019).

Rol infermer

És important recalcar que la majoria d'articles trobats pertanyen a l'àmbit d'infermeria. No obstant això, alguns d'ells necessiten de formació prèvia per portar a terme la intervenció, com són el Reiki o el Ioga. Però una vegada feta la formació, tant de les infermeres com les dones a través de l'educació sanitària, es poden realitzar sense la necessitat d'un altre professional exceptuant algunes tècniques fisioterapèutiques. A més a més, els articles no valoraven només el dolor o les característiques d'aquest, sinó també el malestar de la menstruació, que comporta el descens de la qualitat de vida, la fatiga

(Koçoğlu et al., 2021) o l'estrès (Amanak et al., 2020), el que demostra que no es necessita només un tractament simptomàtic, sinó crear un pla de cures que abordi el conjunt de l'experiència de menstruar a nivell holístic i sociocultural.

Tots els articles han demostrat que les mesures no farmacològiques són efectives davant de la dismenorrea primària, encara que es necessita més investigació per confirmar aquesta efectivitat, es poden extrapolar aquestes intervencions a la població, al menys per l'educació sanitària i com alternativa per oferir a les dones que ho sol·licitin. Aquí és on entra el rol infermer en diferents àmbits sanitaris i no sanitaris com són les escoles, on es pot oferir educació sanitària i eines per gestionar la menstruació. Com ja s'ha vist, millorant el coneixement es millora la qualitat de vida de les dones. Per tant, és necessària la preparació del personal sanitari i crear protocols per dur a terme una intervenció efectiva en la dismenorrea primària (Yılmaz et al., 2019).

Les limitacions principals d'aquest estudi han sigut l'amplitud del tema que aborda diferents àmbits i per tant una gran varietat d'estudis, fet que dificulta la comparació. Alguns dels articles trobats realitzen l'estudi durant un període de temps breu i amb una mostra petita, el qual posa en dubte la seva efectivitat a llarg termini. Les diferències en la interpretació i el diagnòstic de dismenorrea primària també constitueixen una limitació que dificulta la comparabilitat entre els estudis. No s'han trobat gaires articles realitzats a Espanya o Europa amb unes característiques sociodemogràfiques semblants a les de Catalunya.

CONCLUSIONS

Una dieta equilibrada, amb una ingesta adequada de líquids, de fruites i verdures, peix i làctics, evitant sucres, aliments precuinats, cafeïna i greix té un efecte sobre la dismenorrea primària disminuint d'aquesta forma el dolor. A més a més de la ingesta de fruits secs com la ametlla, les nous o les figues seques també potencien aquest efecte. No es recomana saltar-se àpats o seguir una dieta per baixar de pes, ja que s'han relacionat amb un dolor més elevat en la menstruació.

Pel que fa l'exercici físic, s'ha trobat que els exercicis d'estiraments, els isomètrics, el ioga, el zumba i els exercicis aeròbics disminueixen el dolor de la dismenorrea primària en un període de 8 a 12 setmanes. Les teràpies fisioterapèutiques també han demostrat ser efectives davant del dolor de la dismenorrea primària, destacant un programa físic

d'estiraments amb exercicis de Kegel i de relaxació, la manipulació de teixit connectiu, la termoteràpia amb el TENS, els exercicis de relaxació progressiva i l'acupressió.

Com a teràpies alternatives a la teràpia no farmacològica, també s'han trobat que l'aromateràpia, el Reiki i l'educació sanitària són efectives pel maneig de la dismenorrea primària.

Responent a l'objectiu principal, el rol de la infermera quant a l'educació sanitària i la promoció d'hàbits saludables té un impacte molt gran sobre la qualitat de vida de les dones que pateixen dismenorrea primària. D'aquesta manera, les dones s'empoderen, ja que coneixen el seu propi cos, i se'ls hi ofereixen eines per abordar el dolor i la simptomatologia d'aquest, disminuint l'ús de fàrmacs, evitant els efectes adversos i donant a les dones l'opció de poder escollir el seu propi tractament. A més a més, al educar a les noies de forma que es normalitza el procés de menstruar, però no el patiment o el dolor, es pot detectar abans el dolor patològic derivat de la dismenorrea secundària, el qual reduiria el temps en el que es diagnostiquen malalties silenciades i amagades pel dolor menstrual. Per últim, les infermeres poden adquirir coneixements per portar a terme algunes d'aquestes teràpies per abordar el dolor.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- AKTAŞ, D. Prevalence and factors affecting dysmenorrhea in female university students: effect on general comfort level. A: *Pain manag nurs*. 2015, vol. 16, núm. 4, pp. 534-543.
- AL AJEEL, L. Y., et al. The Effect of Health Education on Knowledge and Self-Care among Arabic Schoolgirls with Primary Dysmenorrhea in Malaysia. A: *J Nurse pract*. 2020, vol. 16, núm. 10, pp. 762-767.
- AMANAK, K. Effects of Dry Figs on Primary Dysmenorrhea Symptoms, perceived Stress Levels and the Quality of Life. A: *P R Health Sci J*. 2020, vol. 39, núm. 4, pp. 319-326.
- BAJALAN, Z.; ALIMORADI, Z.; MOAFI, F. Nutrition as a Potential Factor of Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review of Observational Studies. A: *Gynecol Obstet Invest*. 2019, vol. 84, núm. 3, pp. 209-214.
- BAZARGANIPOUR, F., et al. A randomized controlled clinical trial evaluating quality of life when using a simple acupressure protocol in women with primary dysmenorrhea. A: *Complement Ther Med*. 2017, vol. 34, pp. 10-15.
- BECKMANN, R. B. C., et al. *Dismenorrea y dolor pélvico crónico*. *Obstetricia y ginecología*. Barcelona: Wolters Kluwer, 2015, pp. 295-297.
- CARROQUINO-GARCIA, P., et al. Therapeutic Exercise in the Treatment of Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis. A: *Phys Ther*. 2019, vol. 99, núm. 10, pp. 1371-1380.
- FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, E.; ONIEVA-ZAFRA, M. D.; PARRA-FERNÁNDEZ, M. L. The Impact of Dysmenorrhea on Quality of Life among Spanish Female University Students. A: *Int J Environ Res Public Health*. 2019, vol. 16, núm. 5.
- GONZÁLEZ-MERLO, J.; GONZÁLEZ-BOSQUET, J.; GONZÁLEZ BOSQUET, E. Dismenorrea. Tensión premenstrual. Dispareunia. Vaginismo. En: *Ginecología*. Barcelona: Masson, 2003. pp. 243-246.
- GUIMARÃES, I.; PÓVOA, A. M. Primary Dysmenorrhea: Assessment and Treatment. A: *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2020, vol. 42, núm. 8, pp. 501-507.
- IRUSTA, E. *Yo menstrúo un manifiesto*. Barcelona: Catedral, 2018.
- KARTAL, Y. A.; AKYUZ, E. Y. The effect of diet on primary dysmenorrhea in university students: A randomized controlled clinical trial. A: *J Med Sci*. 2018, vol. 34, núm. 6, pp. 1478-1482.
- KIM, S. D. Yoga for menstrual pain in primary dysmenorrhea: A meta-analysis of randomized controlled trials. A: *Complement Ther Clin Pract*. 2019, vol. 36, pp. 94-99.
- KOÇOĞLU, F.; ZINCIR, H. The Effect of Reiki on Pain, Fatigue, and Quality of Life in Adolescents With Dysmenorrhea. A: *Holist Nurs Pract*. 2021, vol. 35, núm. 6, pp. 306-314.

- LÓPEZ-LIRIA, R., et al. Efficacy of Physiotherapy Treatment in Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis. A: *Int J Environ Res Public Health*. 2021, vol. 18, núm. 15.
- NAJAFI, N., et al. Major dietary patterns in relation to menstrual pain: A nested case control study. A: *BMC Womens Health*. 2018, vol. 18, núm. 1.
- NÚÑEZ-CLAUDEL, B. Consecuencias de la dismenorrea primaria en adolescentes y mujeres. Revisión Sistemática Exploratoria. A: *iQual Rev Género e Igual*. 2020, núm. 3, pp. 132-147
- ONIEVA-ZAFRA, M. D., et al. Relationship between Diet, Menstrual Pain and other Menstrual Characteristics among Spanish Students. A: *Nutrients*. 2020, vol. 12, núm. 6, pp. 1-13.
- ORTIZ RAMÍREZ, M. I.; ROMERO-QUEZADA, L. C. Dismenorrea: dolor crónico cíclico más común y mal tratado en las mujeres. A: *Medwave*. 2013, vol. 13, núm. 3, pp. e5656-e5656.
- PARRA-FERNÁNDEZ, M. L., et al. Management of Primary Dysmenorrhea among University Students in the South of Spain and Family Influence. A: *Int J Environ Res Public Health*. 2020, vol. 17, núm. 15, pp. 1-13.
- SAMY, A., et al. The Effect of Zumba Exercise on Reducing Menstrual Pain in Young Women with Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Trial. A: *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019, vol. 32, núm. 5, pp. 541-545.
- SHARGHI, M., et al. An update and systematic review on the treatment of primary dysmenorrhea. A: *JBRA Assist Reprod*. 2019, vol. 23, núm. 1, p. 51.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. Dismenorrea en la adolescencia. A: *Progresos Obstet y Ginecol*. 2014, vol. 57, núm. 10, pp. 481-485.
- SONG, J. A., et al. Effects of aromatherapy on dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. A: *Int J Nurs Stud*. 2018, vol. 84, pp. 1-11.
- STEINEM, G. If Men could menstruate. A: *Women's Reproductive Health*. 2019, vol. 6, núm. 3, pp. 151-152.
- SU, J. J.; LINDELL, D. Promoting the menstrual health of adolescent girls in China. A: *Nurs Heal Sci*. 2016, vol. 18, núm. 4, pp. 481-487.
- VALLS-LLOBET, C. La menstruación: de la invisibilidad a la abolición. A: *Duoda Rev d'estudis Fem*. 2006, vol. 31, pp. 71-84.
- VALVERDE-DIEZ, C. N.; DEL CARMEN-RODRÍGUEZ, M. Influencia de factores distéticos en el dolor menstrual. A: *Metas Enferm*. 2021, vol. 24, núm. 9, pp. 21-32.
- YILMAZ B.; SAHIN, N. The Effects of a Dysmenorrhea Support Program on University Students Who Had Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Study. A: *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2020, vol. 33, núm. 3, pp. 285-290.

DEFINICIÓ I PAPER DE LA INFERMERA-LLEVADORA EN LA HUMANITZACIÓ AL PART: ESTUDI DE REVISIÓ¹

Definición y papel de la enfermera-matrona en la humanización en el parto: estudio de revisión

Definition and Role of the Nurse-Midwife in the Humanization of Childbirth: A Review Article

Berta Boer Secanell¹

Correu electrònic: bertaboer@gmail.com

1. Facultat d'Infermeria. Universitat de Barcelona. (*Barcelona, Espanya*).

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7364-404X>

Recibido: 23/05/2023

Aceptado: 29/09/2023

Publicado: 30/11/2023

¹ Treball derivat del treball de fi de grau del grau d'Infermeria realitzat per l'autora a la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Barcelona sota la tutorització de la Dra. Josefina Goberna-Tricas.



RESUM

INTRODUCCIÓ. Al segle XX es pateix un fort procés de medicalització i tecnificació de l'assistència. En els últims anys s'està vivint un canvi de model assistencial i sorgeix el concepte de part humanitzat. Una eina per fomentar-ho i evitar la violència obstètrica és el pla de part. La llevadora hi té un rol fonamental. **OBJECTIUS.** Descriure el concepte d'atenció humanitzada al part, conèixer el rol de la infermera-llevadora en aquesta atenció i aprofundir en les reivindicacions de les dones, tot identificant l'evolució històrica sobre aquesta temàtica. **METODOLOGIA.** Revisió bibliogràfica a través de les bases de dades PubMed, CINAHL, Scopus i CercaBib. S'han seleccionat 15 articles i s'ha completat amb una anàlisi bibliomètrica mitjançant l'eina VosViewer. **RESULTATS.** L'atenció humanitzada va enfocada a empoderar i dignificar les dones, per tal que adoptin un rol actiu i decisiu per viure el procés de part de forma positiva. El pla de part influeix positivament en aquest procés i en els resultats matern-fetals. Les llevadores són essencials en la seva implantació per aconseguir unes cures humanitzades que evitin situacions de violència obstètrica. **CONCLUSIÓ.** És important que els professionals de la salut tinguin una sensibilitat ètica que contribueixi al respecte de l'autonomia de les dones i eviti situacions de violència obstètrica. Es recomana l'ús del pla de part. Cal potenciar canvis en la formació dels professionals de la salut perquè es conscienciïn sobre aquest tema i s'adoptin models que tendeixin a la millora de la qualitat assistencial.

Paraules clau: infermeria, part, humanitzat, empoderament, pla de part, violència obstètrica.

ABSTRACT

INTRODUCTION. The twentieth century saw a strong process of medicalization and the technification of care. In recent years, we are experiencing a change in the healthcare model and the concept of humanized childbirth is emerging. A tool to encourage this and avoid obstetric violence is the birth plan. The midwife has a fundamental role in it. **OBJECTIVES.** Describe the concept of humanized childbirth care, know the role of the midwife in it and delve into the vindication of women, while identifying the historical evolution on this subject. **METHODOLOGY.** Bibliographic review through the PubMed, CINAHL, Scopus, and Cerca Bib databases. 15 articles were selected and a bibliometric analysis has been carried out using the tool VosViewer. **RESULTS.** Humanized care is focused on empowering and dignifying women, so they have an active and decisive role and can live the birth process as a positive experience. The birth plan is an instrument that positively influences this process and maternal-fetal outcomes, so its use is encouraged. In addition, midwives are essential in the implementation of humanized care that allows to avoid situations of obstetric violence. **CONCLUSION.** It is important that health professionals adopt ethical sensitivity that contributes to this respect for women's autonomy and avoid situations of obstetric violence. It is necessary to change the obstetric model in the training of health professionals so that they become aware and adopt training models that tend to improve the quality of care.

Keywords: Nursing, Parturition, Humanization, Empowerment, Birth Plan, Obstetric Violence.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. En el siglo XX se sufre un fuerte proceso de medicalización y tecnificación de la asistencia. En los últimos años se está viviendo un cambio de modelo asistencial y surge el concepto de parto humanizado. Una herramienta para fomentarlo y evitar la violencia obstétrica es el plan de parto. La comadrona tiene un rol fundamental. **OBJETIVOS.** Describir el concepto de atención humanizada al parto, conocer el rol de la enfermera-comadrona en esta atención y profundizar en las reivindicaciones de las mujeres, identificando la evolución histórica sobre esta temática. **METODOLOGÍA.** Revisión bibliográfica a través de las bases de datos PubMed, CINAHL, Scopus y CercaBib. Se han seleccionado 15 artículos y se ha completado con un análisis bibliométrico mediante la herramienta VosViewer. **RESULTADOS.** La atención humanizada va enfocada a empoderar y dignificar las mujeres para que adopten un rol activo y decisivo en su vivencia del proceso de parto de forma positiva. El plan de parto influye positivamente en este proceso y en los resultados materno-fetales. Las comadronas son esenciales en su implantación para conseguir unas curas humanizadas que eviten situaciones de violencia obstétrica. **CONCLUSIÓN.** Es importante que los profesionales de la salud tengan una sensibilidad ética que fomente el respeto de la autonomía de las mujeres y evite situaciones de violencia obstétrica. Se recomienda el uso del plan de parto. Hay que potenciar cambios en la formación de los profesionales de la salud para que se conciencien sobre este tema y se adopten modelos que tiendan a la mejora de la calidad asistencial.

Palabras claves: enfermería, parto, humanizado, empoderamiento, plan de parto, violencia, obstétrica.

INTRODUCCIÓ

Context històric

El concepte de salut sexual i reproductiva té el seu origen en la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament de les Nacions Unides (CIPS) que va tenir lloc al Caire l'any 1994. Un any més tard, a Beijing, té lloc la IV Conferència Mundial sobre la Dona de les Nacions Unides, on es va insistir en els drets de les dones i on es perfila i reforça el concepte de salut sexual i reproductiva. La salut sexual pot ser definida com un estat de complet benestar físic, mental i social, i no únicament l'absència de malestar o malaltia, en tots els assumptes relacionats amb l'aparell reproductor i les seves funcions i processos. Suposa la capacitat de gaudir d'una vida sexual satisfactòria i sense riscos. I, quant a la salut reproductiva, implica que les persones tenen la capacitat de reproduir-se i la llibertat de decidir si fer-ho o no, quan i amb quina freqüència. Implícit en aquesta condició està el dret dels homes i dones a ser informats i el dret a accedir als serveis assistencials apropiats, que els proporcionen la millor oportunitat de tenir un fill sa (Goberna Tricas, 2022).

Al llarg del segle XX, gràcies a les millores d'asèpsia i el descobriment dels microorganismes i els antibiòtics, els hospitals es van començar a considerar llocs segurs per atendre els parts, justificant-se amb millores en seguretat i resultats obstètrics. Com a conseqüència, l'assistència a la gestació i al naixement va patir un fort procés de medicalització i tecnificació. És cert que, a partir d'aleshores, els indicadors de salut materna-infantil van millorar considerablement, però aquesta millora es va produir en un entorn en què la relació entre professionals sanitaris i pacients era més aviat paternalista i autoritària (Goberna Tricas, 2022).

En els últims anys, s'ha produït un moviment de conscienciació, i tot i que sembli que les dones estan ben ateses i les seves necessitats estan cobertes, la realitat és una altra. A vegades es confon la medicalització i l'ús de proves amb una atenció de qualitat, tot i que les dones no sempre estiguin satisfetes. Al llarg d'aquest procés de medicalització en l'atenció al naixement, el focus d'interès s'ha centrat quasi exclusivament en el fetus; la mirada mèdica s'ha centrat en l'úter gestant, fet que ha comportat conseqüències en el tipus de cures que s'han procurat a les embarassades. Per això, a partir de la dècada dels anys setanta del segle XX, es van començar a sentir veus crítiques i diversos moviments socials que reivindicaven un empoderament de la dona i una atenció més humanitzada i

no únicament tècnica. Aquests consideraven que es medicalitzava excessivament l'atenció al part, generant un procés d'alienació de la dona gestant, i es denunciava una pèrdua de qualitat humana en la relació assistencial (Goberna Tricas, 2022).

Efectivament, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va revisar el model biomèdic d'atenció a la gestació i el part, i afirmà que la medicalització que s'estava realitzant no respectava el dret de les dones a rebre una atenció adequada, al no tenir en compte les seves necessitats i expectatives, limitant, per tant, la seva autonomia. Per això la OMS va proposar una atenció al part adequada, centrada en la dona, incloent-hi la seva participació activa en la planificació, execució i avaluació de les cures, i donant-li una atenció integral (Biurrún Garrido, 2017). Per tant, ens preguntem: com ha de ser una atenció en què es valori la qualitat humana? És a dir, en què consisteix, realment, una atenció humanitzada en l'atenció al part?

Els objectius als quals respon aquest treball són: descriure el concepte d'atenció humanitzada al part, conèixer el rol de la infermera-llevadora en aquesta atenció i aprofundir en les reivindicacions de les dones, tot identificant l'evolució històrica sobre aquesta temàtica.

METODOLOGIA

Revisió bibliogràfica de la literatura científica. Aquesta revisió bibliogràfica sobre el part humanitzat es va iniciar el mes de novembre de 2022 i es va finalitzar el mes de març de 2023.

Les bases de dades utilitzades en la cerca d'articles han sigut les següents: PubMed-Medline, CINAHL, SCOPUS i Cercabib. Les paraules clau es poden consultar a la Taula 1. Les paraules clau usades coincideixen amb aquelles acceptades per l'eina Thesaurus amb els termes MeSH.

Taula 1: Paraules clau segons els termes MeSH		
Anglès	Català	Castellà
Nursing	Infermeria	Enfermería
Parturition	Part	Parto
Humanization	Humanitzat	Humanizado
Empowerement	Empoderament	Empoderamiento
Birth Plan	Pla de Part	Plan de Parto

Font: elaboració pròpia

Un cop feta la primera cerca, es va completar amb les següents paraules clau relacionades (que es varen trobar com a paraules clau en els primers articles seleccionats): Autonomy; Communication; Person-centered Care; Women-Centered Care; Patient-provider interactions; Respectful Maternity Care; Childbirth; Birth; Labour; Labor; Obstetric Violence. S'han aplicat diferents operadors booleans (AND, OR, *, « ») per realitzar la cerca, i s'han combinat les paraules clau com es pot observar en la Taula 2 a continuació. Els criteris d'inclusió utilitzats són: articles relacionats amb la temàtica del part humanitzat, des del punt de vista infermer i de les mateixes dones, publicats en els últims 5 anys.

Per donar resposta a l'objectiu específic «Identificar l'evolució històrica dels parts humanitzats» es va ampliar la cerca, que va ser sense límit temporal per tal d'esbrinar els antecedents històrics i poder observar l'evolució de la literatura sobre aquesta temàtica. Per realitzar aquesta cerca s'ha utilitzat la combinació que va donar més resultats, que és la següent: Nurs* AND («Person-centered maternity care» OR Delivery OR Parturition).

Finalment, s'han inclòs els idiomes següents: anglès, català, castellà, alemany i francès.

Els criteris d'exclusió han estat: articles que no inclouen un enfocament infermer, aquells que la seva temàtica està fora de l'etapa del procés d'embaràs i part, així com aquells que no tractaven sobre humans i aquells que no eren d'accés obert.

Taula 2. Selecció d'articles a partir de diferents bases de dades

Taula 2. Selecció d'articles a partir de diferents bases de dades				
Paraules clau		Resultats	Articles seleccionats en la cerca	Articles finalment utilitzats
PUBMED				
1	Nurs* AND «Obstètric Violence»	5	2	2
2	Nurs* AND («Person-centered maternity care» OR Delivery OR Parturition)	18.894	13	3
3	Nurs* AND (Parturition OR Childbirth OR Delivery) AND Humanization	1.380	0	0

4	Nurs* AND Humanization AND Parturition AND «Maternity Care»	17	5	1
5	Nurs* AND («Patient-provider interactions» OR «Person-centered care» OR Respectful maternity) AND Planning	1.774	1	1
6	Nurs* AND «Respectful Maternity» AND Planning	11	3	1
7	Nurs* AND «Respectful Maternity Care»	99	3	0
8	Nurs* AND Humanization AND Parturition	117	9	1
CINHAL				
1	Nurs* AND («humanization of care») AND (Parturition OR Birth OR Childbirth OR Delivery)	19	7	1
2	Nurs* AND («Respectful Maternity Care») AND ((Parturition OR Birth OR Childbirth OR Delivery)	26	6	1
3	Nurs* AND «Respectful Maternity» AND Planning	0	0	0
4	(Nurs OR Nurses OR Nursing) AND (Parturition OR Birth OR Childbirth OR Delivery) AND Planning	372	0	0
SCOPUS				
1	Nurs* AND Humanization AND Parturition	8	4	1
2	Nurs* AND («Birth plan» OR «Delivery plan») AND Parturition)	5	2	0
CERCABIB UB				
1	Nurs* AND «Obstetric Violence»	154	1	1
2	Parto AND Humanizado	206	7	0
3	Nurs* AND «Respectful Maternity» AND Planning	19	2	2

Font: elaboració pròpia

Després d'una primera prelectura dels títols, es van seleccionar 65 articles dels quals 3 es van descartar perquè estaven repetits. Després d'una nova lectura del títol i del resum

del total dels 62 articles, se n'han descartat 46 i s'han seleccionat 15 articles per respondre als objectius del treball.

Anàlisi bibliomètrica de l'evolució de la literatura sobre part humanitzat

L'anàlisi bibliomètrica és una metodologia de revisió científica assistida per ordinador. Permet identificar les investigacions o els autors principals, així com la seva relació, i inclou totes les publicacions relacionades amb un tema o camp determinat (Henninger, 2012). Per tal de fer aquesta anàlisi s'ha utilitzat l'eina VOSviewer.

Primerament es van descarregar les dades dels articles des de PubMed utilitzant les paraules clau i els operadors booleans (Nurs* AND («Person-centered maternity care» OR Delivery OR Parturition)) que més resultats van donar (18.894 articles) perquè fossin més fiables. D'aquests articles, es van descarregar els 10.000 més rellevants segons PubMed al programa de VOSviewer i es van extreure les dades arran d'aquests 10.000 articles. Aquesta cerca permet extraure una anàlisi exclusivament quantitativa d'aquests articles (nombre d'articles, paraules clau més utilitzades...).

RESULTATS

Els resultats es presenten en les Taules 3, 4 i 5, a partir de la classificació dels articles seleccionats segons el grau de resposta als objectius.

Taula 3. Articles que fan referència a l'objectiu específic: «Descriure el concepte, les característiques i els beneficis d'un part humanitzat».

Base de dades	Títol	Autor, Any, País	Tipus d'article Disseny	Subjectes Àmbit	Variables / Dimensions / Instruments / Intervenció	Resultats
Scopus	Discursive practices about the decision-making power of women in childbirth	Mauadie, R. A., et al. 2022. Brasil.	Article original. Estudi qualitatiu.	Analitza el poder de decisió de les dones en el part expressat en les pràctiques discursives dels participants (11 infermeres residents en infermeria obstètrica i 11 metges residents en obstetrícia).	Les dades es van recollir a través d'entrevistes i es van sotmetre a l'anàlisi del discurs seguint el model de Michel Foucault.	Les pràctiques discursives dels residents expressen que la formació hospitalària es guia pel coneixement biomèdic, manifestat com la «veritat» sostinguda per sistemes de coneixement-poder, creant relacions desiguals entre dones i professionals. La normalització de la pràctica clínica es produeix a través de normes i protocols, determinant tensions i jerarquies en les relacions interprofessionals.
CINHAL	Humanization practices in the parturative course from the perspective of puerperae and nurse-midwives	Leal, M. S., et al. 2020. Brasil.	Article original. Investigació exploratòria, descriptiva, qualitativa.	Busquen entendre les pràctiques humanitzades durant el part des de la perspectiva de les 11 puèrperes i les 5 llevadores.	Entrevistes semiestructurades, amb guió estructurat aplicat a puèrperes i llevadores	Mostra la importància de l'ús de tecnologies de cures lleugeres (no invasives i beneficios), el respecte del protagonisme de la dona, la seva participació activa i el respecte a l'autonomia. Tot això té un impacte positiu en el procés de part.

PubMed	Repercussions of using the birth plan in the parturition process	Medeiros, R. M. K., et al. 2019. Brasil.	Revisió bibliogràfica	Analitzar les repercussions de la utilització del pla de part en el procés de part a partir de la producció científica nacional i internacional.	Revisió de la literatura en les bases de dades: LILACS, PUBMED, CINAHL i SciELO. S'analitzen 13 articles en anglès, espanyol i portuguès.	La realització del pla de part influeix positivament en el procés de part i en els resultats materns i fetals. Les expectatives poc realistes poden causar insatisfacció amb aquesta experiència. Els proveïdors de les cures tenen un paper central en la planificació i conformitat amb el pla.
Cerca Bib	El plan de parto como documento de instrucciones previas	Busquets Gallego, M. 2019. Espanya.	Article Original.	Aquest article pretén aclarir l'estatus legal del pla de part a Espanya.	Un pla de part extens és elevat a públic en seu notarial i finalment inscrit al Registre de Voluntats Anticipades de Catalunya.	Segons l'autora, els plans de naixement són una directiva anticipada, que té conseqüències legals pel que fa a la seva exigibilitat i aplicació.

Taula 4. Articles que donen resposta al objectiu específic: «Aprofundir sobre les reivindicacions de les dones».

Base de dades	Títol	Autor, Any, País	Tipus d'article Disseny	Subjectes Àmbit	Variables/Dimensions/ Instruments/Intervenció	Resultats
PubMed	The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study	Martínez-Galiano, J. M., et al. 2021. Espanya.	Article original. Estudi observacional transversal.	Pretén determinar la prevalença de la violència obstètrica en el sistema sanitari espanyol i identificar els factors associats. 899 dones que havien donat a llum en els darrers 12 mesos.	Un qüestionari en línia a través d'associacions de llevadores i dones d'Espanya. El qüestionari incloïa variables sociodemogràfiques, clíniques i de pràctiques assistencials.	La violència obstètrica va ser denunciada pel 67,4% (606) de les dones; 25,1% (226) verbals, 54,5% (490) físics i 36,7% (330) psicoafectius. Els factors protectors que es van observar van ser la presentació d'un pla de part, la possibilitat de pell a pell i sentir-se respectada.
PubMed	Obstetric violence as an infringement on basic bioethical principles. Reflections inspired by focus groups with midwives	Martín-Badia, J., et al. 2021. Espanya.	Article original. Estudi qualitatiu.	Aprofundir en les experiències de les llevadores per descriure les perspectives ètiques de la violència obstètrica i descriure els seus efectes en l'atenció tenen sobre els principis bioètics americans i europeus.	S'ha utilitzat una metodologia qualitativa des de la tradició fenomenològica. 24 llevadores van participar en 3 grups focals.	S'han obtingut quatre categories: : «la maleficència d'oblidar la meua vulnerabilitat», «la beneficència requereix respecte a la meua integritat i dignitat», «se'm treu l'autonomia» i «un problema de justícia social cap a nosaltres, les dones».

Cerca Bib	Violencia obstétrica en España (Parte I): Percepción de las mujeres y diferencias interterritoriales	Mena-Tudela, D., et al. 2020. Espanya.	Article original. Estudi descriptiu, retrospectiu i transversal.	Visibilitzar la violència obstètrica a Espanya com a criteri d'equitat interterritorial. La mostra era de 17.541 qüestionaris, que representaven totes les comunitats autònomes espanyoles.	Entre gener de 2018 i juny de 2019 es va realitzar un estudi descriptiu, retrospectiu i transversal. Aplicació del qüestionari.	De la mostra: el 38,3% van percebre haver patit violència obstètrica; el 44,4% que s'havien sotmès a procediments innecessaris o dolorosos, dels quals al 83,4% no se'ls va demanar el consentiment informat. La satisfacció mitjana amb l'atenció rebuda a les dones va obtenir 6,94 punts en la mostra general i 4,85 punts per a aquelles dones que es consideraven víctimes de violència obstètrica.
----------------------	--	--	--	---	---	--

Taula 5. Articles que fan referència al objectiu específic: «Determinar quines intervencions ha de realitzar la infermera en l'atenció a un part humanitzat».

Base de dades	Títol	Autors, Any, País	Tipus d'article Disseny	Subjectes Àmbit	Variables / Dimensions / Instruments / Intervenció	Resultats
CINHAL	Competencies for respectful maternity care: Identifying those most important to midwives worldwide	Butler, M. M. et al. 2020. Col·laboració internacional.	Article original	La Confederació Internacional de Llevadores (ICM) pretén identificar les competències essencials de les llevadores: coneixements, habilitats i comportaments.	Enquesta Delphi, de 3 rondes en línia. 895 (educadors i metges) de 90 dels 105 països membres de l'ICM, amb representació de parlants d'anglès, francès i espanyol, de països d'ingressos alts, mitjans i baixos.	Els participants van aprovar 115 ítems relacionats amb la Respectful Maternity Care (RMC), amb puntuacions mitjanes d'entre el 90,24% i el 99,10%, superant el llindar del 85% necessari per identificar-se com a dins de l'abast de la pràctica global de la llevadora. Aquests resultats coincideixen amb els 12 dominis de la RMC globals, demostrant així el seu alt valor dins de la pràctica de la llevadora.
PubMed	Women's experiences and perceptions of women-centered care and respectful care during facility-based childbirth: A meta-synthesis	Miyauchi, A. et al. 2022. Japó.	Article original. Metasíntesi.	Explorar les experiències de part de dones institucionalitzades per informar-se sobre les seves percepcions, inclòs el part humanitzat i l'atenció respectuosa al part.	S'ha utilitzat el mètode de l'Institut Joanna Briggs. Es van incloure estudis qualitius i entrevistes publicats en bases de dades científiques de 1990 a 2020 en anglès. Hi van participar un total de 895 persones de 90 dels 105 països membres de l'ICM.	Es van generar 5 categories: (i) el valor de la dona a través del part; (ii) aclaparats per experiències desagradables de maternitat; (iii) ser respectat i valorat; (iv) falta de respecte i maltractament; i (v) sistemes i recursos inadequats. La interacció respectuosa i útil entre les dones i els proveïdors de salut va produir percepcions positives entre les dones.

Cerca Bib	Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence	Shakibazadeh, E. et al. 2018. Col·laboració internacional.	Revisió bibliogràfica. Estudis qualitius primaris	Pretenen desenvolupar una conceptualització de la RMC. 67 estudis de 32 països van complir els criteris d'inclusió	Cerca en les bases de dades clau. Es va utilitzar un enfocament combinat inductiu i deductiu per sintetitzar les dades; es va utilitzar l'enfocament GRADE CERQual per avaluar el nivell de confiança en els resultats de la revisió.	Els 12 dominis de RMC: estar lliure de mal i maltractament; privadesa i la confidencialitat; preservar la dignitat; informació i cerca de consentiment informat; garantir l'accés continu al suport familiar i comunitari; millorar la qualitat de l'entorn físic i els recursos; atenció de maternitat equitativa; comunicació efectiva; respectar les seves eleccions que enforteixen les seves capacitats per donar llum; disponibilitat de recursos humans competents i motivats; atenció eficient i eficaç; i continuïtat de l'atenció. A escala mundial, les perspectives de les dones sobre el que constitueix RMC són força consistents.
CercaBib	Midwives' perspectives of respectful maternity care during childbirth: A qualitative study	Moridi, M. et al. 2020. Iran i Països Baixos.	Article original. Estudi qualitatiu.	Explora les percepcions de les llevadores iranianes pel que fa a la cura de la maternitat respectuosa durant el part.	Es van realitzar 24 entrevistes semiestructurades amb llevadores, que tenien més d'un any d'experiència laboral en unitats de treball i part, mitjançant un mètode de mostreig intencionat.	Es van extreure 3 temes que inclouen: (i) «mostrar empatia», que inclou establir una relació amistosa i estar amb les dones; (ii) «atenció centrada en la dona» que inclou mantenir les dones segures i participar en la presa de decisions; (iii) «protecció dels drets» reflecteix la necessitat de salvaguardar la dignitat, així com donar la igualtat d'atenció i preparar un entorn adequat.

PubMed	Factors associated with the humanization of care in a 151 public maternity	De Melo Inagaki, A. D., et al. 2018. Brasil.	Article original. Estudi quanti-qualitatiu, transversal i descriptiu.	S'identifiquen els factors associats a la humanització de l'assistència durant el treball de part, el part i el naixement. Van participar en l'estudi 373 puèrperes amb una mitjana de 26 anys, amb baixa escolaritat i baixa renda.	Es va utilitzar un formulari per a la recollida de dades. Aquestes van ser analitzades mitjançant estadística simple i tests d'associació i per la tècnica d'anàlisi de contingut.	Es va observar una associació entre la presència d'un acompanyant i la llibertat per fer preguntes; baixa escolaritat amb menor informació donada; part vaginal amb la manca de respecte per part dels professionals; i finalment que les dones fossin blanques amb una major satisfacció amb un acompanyant. Les categories per millorar l'assistència són: ambient, privadesa, informació, respecte, garantia de l'acompanyant i desig per la cirurgia de cesària.
PubMed	Hospital childbirth: Perspectives of women and professionals for a positive experience — a qualitative study	Pereda-Goikoetxea, B., et al. 2021. Espanya.	Article original. Estudi prospectiu qualitatiu amb enfocament fenomenològic	Analitzar les perspectives de les dones i professionals sobre el part hospitalari i identificar les àrees de millora per aconseguir una experiència perinatal positiva.	Entrevistes semiestructurades a dones, 2 i 8 mesos després del part, observant els participants i grups focals de professionals. L'anàlisi dels textos transcrits va implicar un enfocament temàtic inductiu.	De l'anàlisi van sorgir 4 àrees de millora: (a) l'enfortiment de la comunicació i la relació terapèutica; (b) unificar criteris entre hospitals i centres d'atenció primària per oferir una informació coordinada i coherent; (c) implicació de la parella en tot el procés; (d) millora dels espais utilitzats en l'atenció prenatal i els parts. Les 4 estan vinculades a l'assoliment d'una experiència perinatal positiva.

PubMed	What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review	Downe, S., et al. 2018. Regne Unit i Suïssa.	Revisió bibliogràfica. Estudi qualitatiu.	Aquesta revisió sistemàtica qualitativa es va dur a terme per informar les directrius intrapart de l'OMS.	Cerca predeterminada amb els bases de dades i llistes de referència d'estudis publicats entre 1996 i agost de 2016 (actualitzats el gener de 2018), informant de dades qualitatives sobre les creences de part de les dones, expectatives i valors.	El que importava a la majoria de les dones era una experiència positiva: donar a llum un nadó sa en un entorn clínicament i psicològicament segur amb el suport pràctic i emocional dels companys de part i un personal clínic competent, tranquil·litzador i amable. La majoria volia un part fisiològic. Les dones volien mantenir un sentit d'assoliment personal i control mitjançant la presa de decisions activa.
PubMed	A meta-ethnographic synthesis of qualitative research on women's experience of midwifery care	Aannestad, M., et al. 2020. Noruega.	Revisió bibliogràfica. Estudi qualitatiu. Síntesi meta-etnogràfica.	Explorar les reflexions de les dones sobre les seves experiències de part i com van ser influenciades per l'atenció de la llevadora. Un total de 656 dones de 7 països diferents hi van participar.	Revisió de literatura i una síntesi meta-etnogràfica de la literatura qualitativa. S'ha preparat un protocol de revisió per proporcionar una guia per sintetitzar evidències d'investigació qualitativa.	Es van crear 2 metàfores. «La guia – si us plau comparteix el teu coneixement», destaca la necessitat d'informació, comunicació, preparació, expectatives, control, implicació i predictibilitat de les dones. «La llevadora maternal com a àncora», es basa en la necessitat de presència, seguretat, implicació, reconeixement, relació, domini, confiança, confiança, suport individual i experiència.

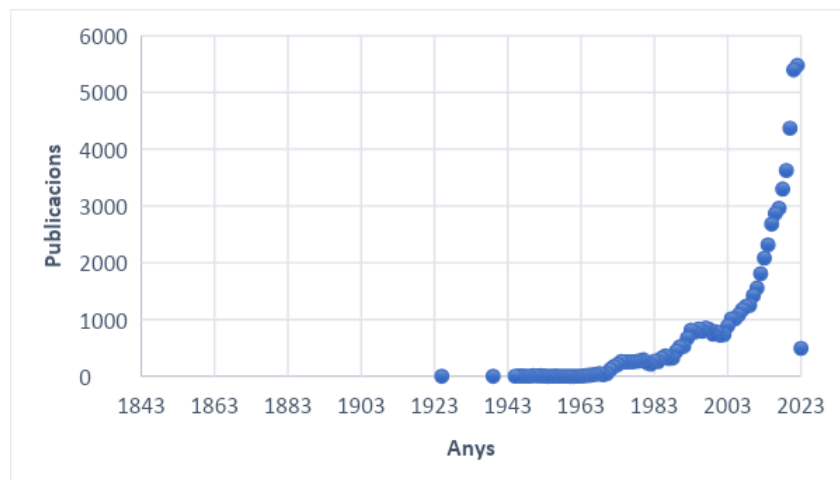
DISCUSSIÓ

Identificar l'evolució històrica dels parts humanitzats

Arran de l'anàlisi temporal feta al PubMed sense limitar per data de publicació, es pot observar l'evolució de la literatura sobre aquesta temàtica (Gràfic 2). S'aprecia clarament l'augment gradual dels articles que versen sobre l'atenció humanitzada al part, però, sobretot, hi ha hagut un gran increment en els últims 10 anys, en els quals s'ha gairebé triplicat el nombre de publicacions (l'any 2012 es van publicar 1806 articles, a diferència de l'any 2022, quan se'n van publicar 5432).

La informació es va recuperar a mitjans de gener de 2023, per això al 2023 el nombre d'articles encara és baix. Tot i això, el fet que en 20 dies ja hi hagi 382 articles reforça la idea que comentàvem anteriorment. Aquesta gràfica permet visualitzar l'evolució i l'augment de la importància que se li ha estat donant a la temàtica dels parts humanitzats al llarg dels darrers 100 anys.

Gràfic 2: Evolució temporal de les publicacions al PubMed sobre Parts Humanitzats

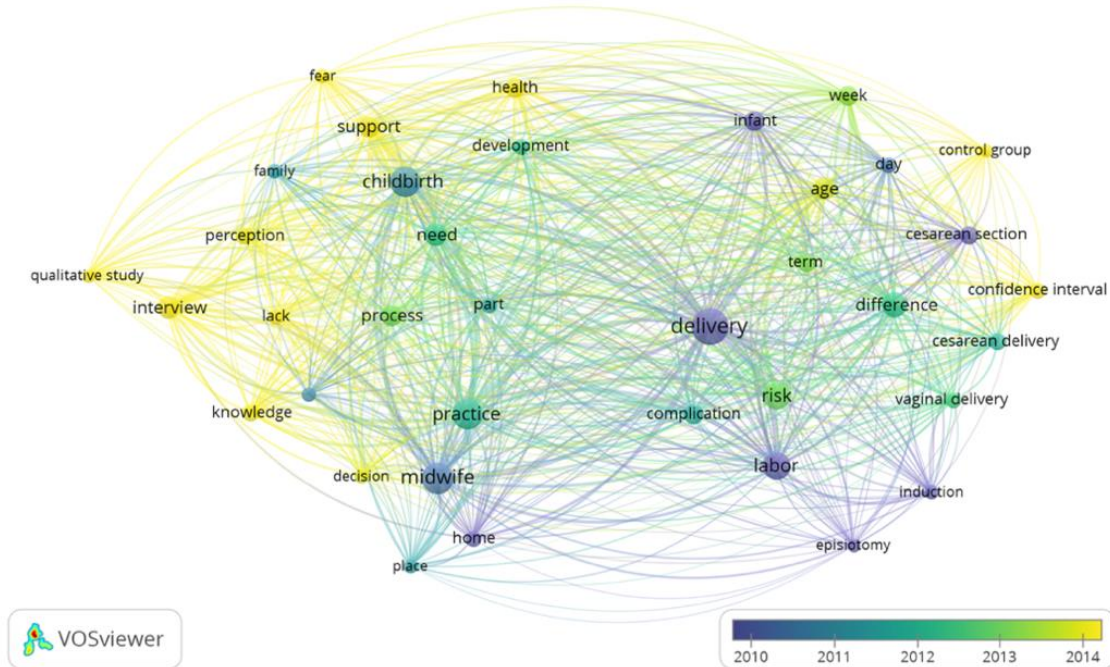


Font: Elaboració pròpia.

Després d'aquesta anàlisi temporal, s'ha fet una anàlisi bibliomètrica que va resultar en el mapa següent (Gràfic 3). Aquest mapa indica quines són les paraules clau més rellevants i repetides en tots els articles recollits que tracten sobre el part humanitzat. Els colors indiquen quins temes han sigut més prevalents segons els anys de publicació. Això permet veure l'evolució dels termes i paraules clau que s'han anat usant al llarg del temps per tal de referir-se a l'atenció humanitzada al part. Aquesta anàlisi ens permet visualitzar l'evolució i el canvi de les nomenclatures per part dels investigadors al llarg del temps,

així com l'evolució de la recerca a mesura que s'anaven trobant evidències científiques relacionades amb les pràctiques sanitàries més recomanades.

Gràfic 3. Principals paraules clau als articles del PubMed i la seva evolució.



Font: Elaboració pròpia.

Podem observar com la paraula «episiotomia» és de color violeta, la qual cosa ens indica que era molt utilitzada fa 10 anys, però, actualment, és una intervenció que no té el suport de l'evidència científica (Goberna Tricas, 2022). Una dada interessant a destacar és que les paraules «suport», «por» i «decisió» comencen a ressaltar més a partir de l'any 2013/2014. Efectivament, aquesta temàtica es va situant en el centre de la definició del part humanitzat.

L'evolució de la literatura científica publicada i que hem obtingut en la cerca bibliogràfica amb límit temporal ens mostra que en els darrers anys apareix una tendència cap a l'ús de l'antònim del terme «d'humanització al part», que es comença a substituir per un enfocament diferent centrat en la «violència obstètrica».

Concepte, característiques i beneficis d'un part humanitzat

El concepte «d'humanització de l'assistència al part» va néixer com a resposta al fort intervencionisme que, tot i tenir com a objectiu solucionar problemes de salut i intentar reduir al màxim la morbiditat materna, prioritzava la tecnificació sobre el procés

fisiològic del part. L'evidència científica no dona suport a aquesta medicalització i excés d'intervencionisme i, a més, cada vegada han estat més rebutjades per la societat (Mauadie et al., 2022).

En els darrers anys han tingut lloc moviments reivindicatius que reclamen un canvi en l'estratègia d'atenció al part: busquen una prestació de cures des d'una concepció del part com a procés fisiològic (i no patològic), donar visibilitat a la dona com a eix central i part activa, amb la finalitat d'atorgar-li el protagonisme en les decisions tot preservant les garanties sanitàries. La medicalització ha fet que l'embaràs i el part siguin vistos com fenòmens biològics i com a factors de risc per a la salut materna i neonatal. A partir d'aquesta concepció, els professionals de la salut adopten actituds intervencionistes, considerades preventives de possibles complicacions en el part, encara que aquestes no es mostrin com a amenaces concretes (Mauadie et al., 2022 ; Leal et al., 2021).

Leal et al. defineixen la «humanització de l'atenció al treball de part» com un conjunt de pràctiques i accions comentades en sintonia amb les dones, per tal de promoure el paper i l'empoderament de la dona, en harmonia, tenint en compte el seu estat emocional, les seves creences, l'exaltació de la seva dignitat i autonomia, amb la finalitat de millorar l'assistència en el part. L'objectiu, doncs, és evitar accions tecnocràtiques, intervencionistes, innecessàries i inoportunes, en defensa de pràctiques basades en l'evidència científica compromeses amb el benestar de la dona, el nou-nat i la família, així com la reducció de la mortalitat materna i neonatal (Leal et al., 2021).

Per tal d'aconseguir aquesta humanització en els parts, l'eina que s'utilitzarà és el pla de part. El pla de part o pla de naixement és un instrument basat en el principi bioètic d'autonomia que serveix per preparar amb antelació el moment del part i decidir quin tipus d'atenció es prefereix. Aquest permet augmentar el control de les dones sobre el procés de part, disminuir la seva por i promoure un procés de reflexió i presa de decisions. Per tant, és considerat una eina estratègica en la promoció de l'empoderament femení i participació activa durant el part, que contribueix a millorar la satisfacció amb l'experiència i potencia l'atenció humanitzada (Medeiros et al., 2019).

Busquets Gallego (2020) aclareix l'estatus legal del pla de part a Espanya. Efectivament, és un instrument legal que fomenta l'exercici dels drets d'autonomia i consentiment informat. Atès que és legalment un document d'instruccions prèvies, les dones tenen llibertat per redactar-lo quant a forma i contingut. Ha de ser acceptat des dels

proveïdors de la sanitat, respectant-lo en la mesura del possible i actuant la totalitat del servei com a garant del seu compliment.

Es pot afirmar que la realització del pla de part al final de la gestació influeix positivament en el procés de part i en els resultats matern-fetals. Concretament, els seus beneficis són els següents: promou un procés de part més natural i fisiològic, millora la comunicació amb els professionals de la salut, augmenta la consciència dels processos implicats en el treball de part i el deslliurament, aporta un major sentit de control, autonomia i protagonisme per a la dona. A més, hi ha millors resultats obstètrics i neonatals i un major grau de satisfacció materna (Medeiros et al., 2019).

Tot i estar demostrats els avantatges d'utilitzar un pla de part, aquest instrument ha creat controvèrsia entre alguns autors. Se'l considera rígid i poc realista i alguns declaren que pot afectar negativament els resultats obstètrics (amb un augment de les intervencions obstètriques) i contribuir a una experiència negativa (Medeiros et al., 2019).

Reivindicacions de les dones

El model de relació clínica predominant al llarg de la història ha sigut el paternalisme, però aquest ha evolucionat i està menys present. Tot i això, avui en dia continuen havent-hi situacions de manca de respecte i intervencionisme no consentit a les dones durant el procés de part. Aquesta situació es cataloga com a violència obstètrica, tot i ser un tema poc abordat i del qual gairebé no es parla.

Altres autors, des d'una mirada legal i bioètica defineixen la violència obstètrica com:

L'apropiació del cos i dels processos reproductius de les dones per part dels professionals sanitaris, que s'expressa en un tractament jeràrquic deshumanitzador, un abús de medicalització i la patologització dels processos naturals, produint una pèrdua d'autonomia i de lliure capacitat de decisió en les dones pel que fa al seu cos i la seva sexualitat, tenint un impacte negatiu en la seva qualitat de vida. (Martín-Badía et al, 2021, d'acord amb la definició de la llei Venegolana «sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de 2007»).

També es defineix per Martínez Galiano et al. (2021) com:

Tota acció, conducta i omissió del dret de la gestant a percebre un tracte jeràrquic, deshumanitzant, en el qual se la medicalitza, i que patologitza un procés fisiològic com és el part amb la consegüent pèrdua d'autonomia i privatització de la capacitat de decisió lliure de la dona i que afecta la seva qualitat de vida.

Això inclou una sèrie d'actuacions, com la realització de procediments sense consentiment, la falta de respecte, la realització de pràctiques clíniques no recomanades durant el part, el maltractament físic, els insults, la discriminació, la vulneració dels drets a la intimitat i la infantilització de la dona.

La violència obstètrica ha estat àmpliament estudiada amb l'objectiu de definir-ne els principals elements, que s'han classificat en les següents categories: maltractament o abús, estigmatització i discriminació, vulneració de les normes d'atenció professional, mala relació assistencial entre professionals i les dones, i les condicions i limitacions del sistema sanitari (Martín-Badía et al., 2021).

Podem afirmar que la violència obstètrica constitueix una discriminació de gènere i representa una violació dels drets humans des d'un enfocament dels drets de la salut i dels drets sexuals i reproductius de la dona, entesos com a drets inalienables i indivisibles (Mena-Tudela et al., 2020).

Per observar la magnitud d'aquest problema, diferents autors (Mena-Tudela et al., 2020) van realitzar estudis on percentatges elevats de dones reconeixien haver patit aquest tipus de violència (67,4% i 38,3% respectivament). En ambdós es detecten diferents tipus de violència obstètrica: la verbal (25,1% de les vegades), la física (54,5%) i la psicoafectiva (36,7%). Es van detectar com factors protectors contra la violència obstètrica la presentació d'un pla de part, el fet de tenir la possibilitat de contacte pell amb pell amb el nounat i sentir-se respectada.

Tots els estudis presenten uns percentatges molt elevats i indiquen una clara falta d'humanització en les cures.

La violència obstètrica no només és un problema de salut pública prevalent que té conseqüències sobre la salut de la dona i el nounat, sinó que també viola els drets humans (Martín-Badía et al., 2021). Igualment, des d'una perspectiva ètica, quan s'analitza la violència obstètrica es reconeix que les dones són víctimes de mala praxi (vulneració del principi de no maleficència), ja que no es considera la seva vulnerabilitat. Les dones no són vistes com a éssers biopsicosocials, per la qual cosa sovint es menysté la seva dignitat i, en última instància, se'n disminueix el benestar (vulneració dels principis d'integritat, dignitat i beneficència). No es reconeixen plenament els drets i no se'n promou la capacitat de decisió (vulneració del principi d'autonomia). Des d'una perspectiva social, la conclusió és que les dones pateixen desigualtats no només en l'atenció obstètrica, sinó

també al sistema de salut i a la societat. Avui en dia, el sistema de salut continua sent biocèntric, paternalista i també androcèntric, ja que els homes són la mesura de les malalties. Les dones són així doblement victimitzades en tant que pacients i per ser dones. A més, la violència a l'atenció obstètrica s'emmarca en la violència cap a la dona, que s'inicia molt abans de l'embaràs. La violència envers les dones és un problema social i polític arrelat a la naturalesa patriarcal de la nostra societat que permet les desigualtats entre homes i dones. Aquestes desigualtats juntament amb el context sociocultural determinen les experiències de les dones en l'atenció del part (Martín-Badía et al., 2021).

Així mateix, la violència obstètrica és un tema que implica estigmatització i necessita ser tractat amb sensibilització, reflexió del personal i capacitació adequada. S'han d'implementar estratègies i polítiques per erradicar-la dels centres de salut, garantint a les dones una atenció basada en evidència i amb més respecte als seus drets (Martín-Badía et al., 2021).

Malgrat els canvis promoguts, encara actualment la medicalització continua sent el discurs de la «veritat» en obstetrícia. La política d'humanització del part valora el protagonisme femení i constitueix una subjectivitat materna activa, però crea estrès enfront l'autoritat professional i incita actituds de resistència, sobretot entre els metges (Mauadie et al., 2022).

Intervencions de les llevadores en l'atenció a un part humanitzat

Una paraula clau repetida al llarg de la cerca i relacionada amb la humanització al part és el concepte de *respectful maternity care* (RMC) [cura materna respectuosa] (Butler et al., 2020 ; Miyauchi et al., 2022; Shakibazadeh et al., 2018; Moridi et al., 2020), la qual emfatitza la importància de mostrar empatia, fer una cura centrada en la dona i protegir els seus drets en tot moment.

Concretament, dos dels estudis (Butler et al., 2020; Shakibazadeh et al., 2018) inclouen específicament els dotze aspectes que ha de tenir tota RMC: 1) estar lliure de danys i maltractaments; 2) mantenir la privacitat i confidencialitat; 3) preservar la dignitat de la dona (destacant el respecte a les cultures, valors i creences d'aquesta); 4) sol·licitar el consentiment informat i fer una provisió prospectiva de la informació; 5) garantir l'accés continu al suport familiar i comunitari; 6) millora de la qualitat del medi físic i dels recursos (oferir entorns còmodes, nets i tranquils); 7) proporcionar una atenció equitativa a la maternitat; 8) implicar-se en una comunicació clara i eficaç; 9) respectar

les opcions de les dones que enforteixen les seves capacitats de parir (garantint el seu dret a decidir); 10) disponibilitat de recursos humans competents i motivats; 11) prestació d'una atenció eficient i eficaç (evitar dolors innecessaris...); i finalment 12) assegurar la continuïtat assistencial.

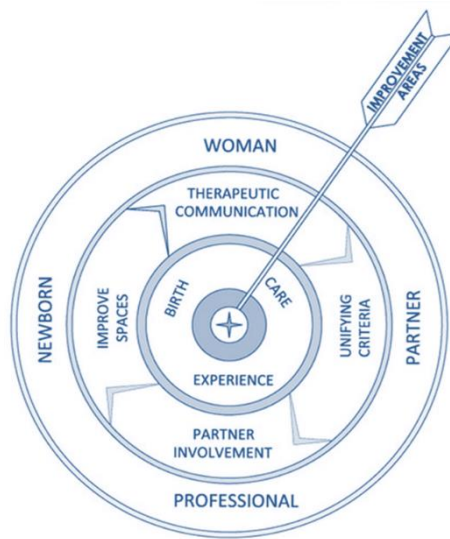
D'altra banda, s'han recuperat diferents articles on s'avaluava la percepció de les dones amb relació a una experiència positiva de part (De Melo Inagaki et al., 2018; Pereda-Goikoetxea et al., 2021; Downe et al., 2018; Aannestad et al., 2020).

La principal necessitat i més repetida era el respecte a la privacitat i la creació d'una bona relació terapèutica durant el procés de part, ja que establir un vincle bidireccional de confiança entre la dona i la llevadora pot influir positivament en la progressió del part (Aannestad et al., 2020).

D'altra banda, la presència i implicació de l'acompanyant en tot el procés embaràs-part-puerperi era un aspecte molt remarcat per les dones i s'associa amb un vincle emocional més gran i sentit de corresponsabilitat en la cura del nen per part de l'acompanyant (Pereda-Goikoetxea et al., 2021). A més a més, les dones insistien molt en el dret a ser informades en tot moment.

Efectivament, les bones habilitats comunicatives per part de la llevadora són crucials per aconseguir una experiència de part positiva, ja que es crea una bona relació terapèutica i facilita la participació i empoderament de les dones. Així mateix, l'OMS identifica una comunicació efectiva entre les seves recomanacions sobre cura durant el part per tal d'assolir una experiència de part positiva (Pereda-Goikoetxea et al., 2021; Downe et al., 2018; Aannestad, et al., 2020).

Tots aquests conceptes s'engloben en els 12 aspectes de la RMC, però concretament Pereda-Goikoetxea et al. van representar aquestes necessitats de manera més visual (Gràfic 4).

Gràfic 4: Representació de les àrees de millora plantejades.

Font: Pereda-Goikoetxea et al.

Aquesta figura mostra: a la capa exterior, els participants de l'experiència del part hospitalari (dona, recent nascut, parella i professional sanitari); a la capa intermèdia, les àrees de millora descrites pels participants, i a la capa interna, els processos en què s'han d'aplicar aquestes millores (experiència, part i cura). Les quatre àrees de millora tenen a veure amb la millora de la comunicació i relació terapèutica, la unificació de criteris d'actuació entre centre d'atenció primària i hospitals, augmentar la implicació de la parella en tot el procés d'embaràs-part-puerperi i millorar els espais utilitzats en l'atenció a la maternitat. Les tres capes s'interrelacionen entre si per a una experiència positiva del part hospitalari (Pereda-Goikoetxea et al., 2021).

Tots aquests aspectes serveixen com a guia per a l'actuació de la llevadora i s'han de tenir en compte a l'hora d'atendre el part. Efectivament, Leal et al. comenten que les infermeres especialistes en obstetrícia i ginecologia (llevadores) han tingut un paper molt important en l'atenció obstètrica humanitzada i qualificada. Han intentat reduir l'ús de tecnologies invasives, especialment en relació a les necessitats de la dona, el respecte al rol femení i la fisiologia del naixement. Segons els autors, les llevadores són professionals indispensables en l'atenció obstètrica qualificada i en la implantació de les cures humanitzades. Poden reforçar i millorar l'autonomia i la singularitat en l'entorn del part amb una mirada ampliada a les necessitats individuals i multidisciplinàries. D'aquesta manera, les llevadores permeten avançar en l'atenció integral, garantir els drets d'elecció, l'escolta qualificada i la seguretat, així com la desmedicalització del part i el naixement. Així es fomenta una mirada orientada a pràctiques obstètriques demostrables com útils i

beneficioses, que assegurin la valorització del part normal (Leal et al., 2021). Concretament en la construcció del pla de part —un element fonamental per a aquesta humanització— un estudi (Martínez-Galiano et al., 2021) indicava que les llevadores implicades activament en l’atenció al part són els professionals ideals per donar suport en aquest procés de construcció. Això era, sobretot, degut al fet de tenir clares les possibilitats reals que es poden oferir a les dones embarassades en aquell servei. A més a més, emfatitzaven la importància que aquest document sigui elaborat o compartit per la dona amb el professional sanitari que l’atendrà en el moment del part, ja que l’èxit d’un pla de naixement també depèn de la comunicació oberta i el vincle construït entre les dones i les seves cuidadores (Medeiros et al., 2019).

Durant la realització d’aquest treball, s’han trobat algunes limitacions en la cerca d’articles. Tot i tenir el SIRE a disposició, alguns articles eren publicats a revistes de pagament als quals no ha estat possible accedir. A més a més, el llenguatge dels articles també ha sigut una limitació, ja que la cerca s’ha limitat als idiomes coneguts per l’autora d’aquest treball. Això segurament ha provocat deixar de banda alguns articles que no s’han pogut incloure.

Finalment, una limitació també ha estat el fet que els termes que envolten la temàtica d’aquesta revisió bibliogràfica han anat evolucionant de tal manera que és fàcil trobar articles que aborden la temàtica d’estudi, però utilitzant terminologies diferents (RMC, humanització, atenció centrada en la dona, paternalisme, maltractament, violència obstètrica). Per la qual cosa, s’han hagut de fer diferents cerques amb cada terme per obtenir més resultats i és possible no haver aconseguit englobar-los en la seva totalitat.

CONCLUSIONS

Les cures i l’atenció humanitzada tenen cada vegada més protagonisme en els models d’atenció al part i al naixement; tanmateix, els conceptes que s’hi treballen estan més centrats en la dona i el seu poder de decisió.

És important el respecte dels drets de la dona com a persona amb capacitat independent a prendre decisions i formar part de tot el procés del part. Un instrument legal per aconseguir aquesta humanització és el pla de parts, que promou l’empoderament femení i la seva participació activa en el part i contribueix a una major satisfacció amb l’experiència.

És rellevant que els professionals de la salut adoptin una sensibilitat ètica que contribueixi a aquest respecte de l'autonomia de les dones i evitar les situacions de violència obstètrica. Concretament, les llevadores tenen un paper crucial en aquesta humanització de l'assistència, ja que tenen la capacitat de donar un suport integral i desmedicalitzar el part. Caldrien certes modificacions en la formació dels professionals de la salut perquè aquests es conscienciïn d'aquesta violència que representa un abús de poder en l'assistència obstètrica i que es fomenti aquesta cura humanitzada. Seria convenient proveir d'eines de coneixement i detecció de la violència obstètrica, així com de control de l'estrès laboral, que els protocols no siguin invasius, dolorosos ni arriscats, i que els parts rebin un tracte respectuós i humanitzat.

Reglamentàriament, seria adient que la redacció de protocols que marquin unes actuacions més humanitzades tinguin en compte els 12 aspectes de la *respectful maternity care*, per exemple. Com a futures línies d'investigació, seria convenient estudiar la relació de l'ús dels plans de part amb els resultats materns i del nou-nat, ja que molts estudis se centren a avaluar la satisfacció materna, l'experiència del part o altres aspectes relacionats. També seria convenient aprofundir en la correcta definició i evolució de la terminologia que es refereix a l'atenció al part humanitzat.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- AANNESTAD, M.; HERSTAD, M.; SEVERINSSON, E. A meta-ethnographic synthesis of qualitative research on women's experience of midwifery care. A: *Nursing & Health Sciences*. 2020, vol, 22, núm. 2, pp. 171-183.
- BIURRUN GARRIDO, A. *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol* [Tesis doctoral]. Universitat de Barcelona, 2017. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10803/457137>.
- BUSQUETS GALLEGO, M. El plan de parto como documento de instrucciones previas. A: *Musas*. 2020, vol. 5, núm. 1, pp. 47-58.
- BUTLER, M. M.; FULLERTON, J.; AMAN, C. Competencies for respectful maternity care: Identifying those most important to midwives worldwide. A: *Birth*. 2020, vol. 47, núm. 4, pp. 346-356.
- DE MELO INAGAKI, A. D., et al. Fatores associados à humanização moridida assistência em uma maternidade pública. A: *Revista de Enfermagem UFPE on Line*. 2018, vol. 12, núm. 7, p. 1879.
- DOWNE, S., et al. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. A: *PloS One*. 2018, vol 13, núm. 4, p. e0194906.
- FERNÁNDEZ-ALTUNA, M. A., et al. Uso de los MeSH: una guía práctica. A: *Investigación educ. médica*. 2016, vol. 5, núm. 20, pp. 220-229.
- GOBERNA TRICAS, J (coord.). *Maternidad y Covid: Nuevos retos asistenciales sin rostro y sin contacto*. Barcelona: Ediciones LU, 2022.
- HENNINGER, M. Locating scholarly papers of interest online. A: *Social Media for Academics*. Oxford: Chandos Publishing, 2012, pp. 59-83.
- LEAL, M. S., et al. Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives. A: *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021, vol. 74, núm.4, p. e20190743.
- MARTÍN-BADIA, J.; OBREGÓN-GUTIÉRREZ, N.; GOBERNA-TRICAS, J. Obstetric violence as an infringement on basic bioethical principles. Reflections inspired by focus groups with midwives. A: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021, vol. 18, núm. 23, pp. 12553.
- MARTÍNEZ-GALIANO, J. M., et al. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. A: *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 2021, vol. 34, núm. 5, pp. e526-e536.
- MAUADIE, R. A., et al. Discursive practices about the decisionmaking power of women in childbirth. A: *Interface*. 2022, vol. 26.
- MEDEIROS, R. M. K., et al. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. A: *Revista gaucha de enfermagem*. 2019, vol. 40, p. e20180233.

- MENA-TUDELA, D., et al. Obstetric violence in Spain (part I): Women's perception and interterritorial differences. A: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, vol. 17, núm. 21, p. 7726.
- MIYAUCHI, A.; SHISHIDO, E.; HORIUCHI, S. Women's experiences and perceptions of women-centered care and respectful care during facility-based childbirth: A meta-synthesis. A: *Japan Journal of Nursing Science*. 2022, vol. 19, núm. 3, p. e12475.
- MORIDI, M., et al. Midwives' perspectives of respectful maternity care during childbirth: A qualitative study. A: *PloS One*. 2020, vol. 15, núm. 3, p. e0229941.
- PEREDA-GOIKOETXEA, B., et al. Hospital Childbirth: Perspectives of Women and Professionals for a Positive Experience: A Qualitative Study. A: *Int.J. Environ. Res. Public Health*. 2021, vol. 18, pp. 10238.
- SHAKIBAZADEH, E., et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. A: *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2018, vol. 125, núm. 8, pp. 932-942.

LA MATERNITAT TARDANA, UN FET FACTIBLE? ANÀLISI BIBLIOGRÀFIC DES D'UNA PERSPECTIVA MÈDICA-SANITÀRIA¹

Late Motherhood, a Feasible Fact? Bibliographic Analysis from a Medical/Health Perspective

La maternidad tardía, ¿un hecho factible? Análisis bibliográfico desde una perspectiva médico-sanitaria

**Maria March Mestres¹, Sònia Navarro Gual¹, Marina Partal de la Cruz¹,
Waleska Ponce Zamora¹, Marta Tarrats Moragues¹**

Autor correspondencia: Marta Tarrats Moragues

Correo electrónico: marta.tarratsm@gmail.com

1. Graduada en Infermeria. Universitat de Barcelona. (*Barcelona, Espanya*)
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1077-7997>

Recibido: 19/03/2023

Aceptado: 11/05/2023

Publicado: 30/11/2023

¹ Aquest article deriva del treball de grup realitzat a l'assignatura «Infermeria de Salut Sexual i Reproductiva» en el darrer curs del Grau d'Infermeria. Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona



RESUM

INTRODUCCIÓ. La població espanyola ha tendit a l'augment de l'edat mitjana de maternitat durant els últims anys, la gran majoria de les vegades a causa dels estils de vida moderns. Aquest fet va lligat a la disminució de la natalitat, ja que amb l'edat es produeixen canvis en la fisiologia de les dones que dificulten l'embaràs, el qual es veu reflectit en l'augment de tècniques de reproducció assistida. **OBJECTIU.** Analitzar les possibles complicacions que poden tenir les dones a l'hora de concebre l'embaràs durant la gestació, el part i el post-part. **METODOLOGIA.** S'ha realitzat una revisió bibliogràfica dels últims 5 anys a les bases de dades PubMed, sCielo i Medline, i s'han consultat les revistes mèdiques *ASRM* i *Revista Sinergia*, el protocol de seguiment de l'embaràs actual de Catalunya i la guia de pràctica clínica sobre l'embaràs del Ministeri de Salut. **RESULTATS.** S'han inclòs un total de 6 articles, 4 són articles originals quantitius i 2 revisions bibliogràfiques. Els resultats obtinguts fan referència als efectes d'una gestació en edat avançada, les tecnologies disponibles per a la reproducció, patologies que poden aparèixer en aquest tipus d'embaràs així com les diferències entre multípares i primípares. **CONCLUSIONS.** Els avenços tecnològics i mèdics permeten concebre l'embaràs a edats avançades amb pocs riscos associats. Manquen estudis sobre l'abordatge infermer, les variables socials i demogràfiques i els aspectes fisiopatològics que intervenen en aquest tipus de gestacions.

Paraules clau: maternitat, infertilitat, edat materna, gestació, infermeria, complicacions, edat avançada.

ABSTRACT

INTRODUCTION. The Spanish population has tended to increase the average age of childbearing in recent years, mostly due to modern lifestyles. This fact is linked to the decrease in the birth rate, since with age there are changes in women's physiology that make pregnancy more difficult, which is reflected in the increase in assisted reproduction techniques. **OBJECTIVES.** This article aims to analyze the possible complications women may have when trying to conceive, during pregnancy, childbirth, and postpartum. **METHOD.** A bibliographic review of the last 5 years was carried out using the databases PubMed, sCielo and Medline, and the medical journals *ASRM* and *Revista Sinergia*, the protocol on pregnancy follow-up in Catalonia and the clinical practice guide on pregnancy of the Ministry of Health were consulted. **RESULTS.** A total of 6 articles were included, 4 original quantitative articles and 2 literature reviews. The results obtained refer to the effects of late gestation, the technologies available for reproduction, pathologies that can appear in this type of pregnancy as well as the differences between multiparous and primiparous. **CONCLUSIONS.** Technological and medical advances make it possible to conceive a pregnancy at an advanced age with few associated risks. There is a lack of studies on the nursing approach, the social and demographic variables and the pathophysiological aspects involved in this type of pregnancy.

Keywords: Maternity, Infertility, Maternal Age, Gestation, Nursing, Complications, Advanced Age.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La población española ha tendido al aumento de la edad mediana de maternidad durante los últimos años, la gran mayoría de las veces, a causa de los estilos de vida modernos. Este hecho va ligado a la disminución de la natalidad, puesto que con la edad se producen cambios en la fisiología de las mujeres que dificultan el embarazo, el cual se ve reflejado en el aumento de técnicas de reproducción asistida. **OBJETIVO.** Analizar las posibles complicaciones que pueden tener las mujeres en la hora de concebir el embarazo, durante la gestación, el parto y el puestoparte. **METODOLOGÍA.** Se ha realizado una revisión bibliográfica de los últimos 5 años a las bases de datos PubMed, sCielo y Medline, y se han consultado las revistas médicas ASRM y *Revista Sinergia*, el protocolo de seguimiento del embarazo actual de Cataluña y la guía de práctica clínica sobre el embarazo del Ministerio de Salud. **RESULTADOS.** Se han incluido un total de 6 artículos, 4 son artículos originales cuantitativos y 2 revisiones bibliográficas. Los resultados obtenidos hacen referencia a los efectos de una gestación en edad avanzada, las tecnologías disponibles para la reproducción, patologías que pueden aparecer en este tipo de embarazo, así como las diferencias entre multíparas y primíparas. **CONCLUSIONES.** Los adelantos tecnológicos y médicos permiten concebir el embarazo a edades avanzadas con pocos riesgos asociados. Faltan estudios sobre el abordaje enfermero, las variables sociales y demográficas y los aspectos fisiopatológicos que intervienen en este tipo de gestaciones.

Palabras clave: maternidad, infertilidad, edad maternal, gestación, enfermería, complicaciones, edad avanzada.

INTRODUCCIÓ

Demografia i context social a Espanya

Espanya és un dels països europeus amb la taxa de natalitat més baixa (Eurostat, 2020), sent al 2020 d'1,2 fills per dona (Banco Mundial, 2022). Aquest fet va íntimament lligat amb l'increment progressiu de l'edat de maternitat espanyola, la qual al 2021 va ser de 33,05 anys de mitja en el primer fill (INE, 2021).

Si analitzem de manera retrospectiva aquests dos valors, observem una disminució de la taxa de natalitat i un augment de l'edat mitjana de maternitat (Banco Mundial, 2022; INE, 2021). Això, juntament amb el sobre-envelliment de la població, configura a Espanya una piràmide demogràfica regressiva (INE, 2022).

La maternitat tardana, a partir dels 35-40 anys, és considerada un fenomen social relacionat amb els exigents estils de vida moderns. La majoria de dones consideren el fet de tenir fills com a un objectiu a mitjà o llarg termini, a causa de la gran taxa d'atur entre els joves, les poques polítiques de conciliació entre la vida laboral i la familiar, la precarietat laboral, els baixos ingressos, la dificultat d'accés a l'habitatge, i en resum, la dificultat per tenir una vida estable (Centro Gutenberg, 2022).

Fisiologia i canvis endocrins en la dona després dels 40 anys

Els canvis fisiològics amb l'edat són conseqüència dels canvis generals produïts per l'envelliment, i, per tant, la fisiologia reproductiva de la dona també canvia.

El primer signe endocrí de l'envelliment reproductiu és un augment dels nivells de FSH en la fase fol·licular inicial, quan la dona no té cap símptoma premenopàusic amb regles regulars. Inicialment, la durada del cicle s'escurça a causa d'una fase fol·licular i ovulació abans de l'esperada pels canvis en els nivells de FSH. Seguidament, es perd la regularitat menstrual amb períodes d'oligomenorrea associats a l'elevació de les gonadotropines i finalment apareix la fallada ovàrica completa o menopausa. Els canvis ovàrics amb l'edat es deuen especialment a la disminució de la població fol·licular, per sota de 1000 fol·licles i, per tant, es perd la capacitat de l'ovari a ciclar de manera regular (Vantman, 2010).

Per altra banda, i de forma simultània, la qualitat ovocitària disminueix progressivament a partir dels 35 anys. Si s'analitzen els ovòcits joves, es distingeixen fusos bipolars compactes, orientats ortogonalment pel que fa a la membrana plasmàtica

amb cromosomes disposats adequadament a la placa equatorial i cada pol del fus està associat amb un anell de proteïnes del centrosoma (Cimadomo, 2018).

En canvi, les anomalies cromosòmiques relacionades amb l'edat sorgeixen principalment a causa d'un augment en els nivells d'ADN mitocondrial i una disminució de l'expressió d'enzims antioxidants. Per aquest motiu, existeix un augment de les anomalies cromosòmiques com ara les aneuploïdes en l'ovòcit (atribuïdes a la desviació de l'alineament cromosòmic normal durant l'estat de metafase o qualsevol anormalitat del fus meiótic) (Vantman, 2010; Cimadomo, 2018).

L'envelliment ovàric també comporta un descens progressiu dels ovòcits a ser fecundats amb èxit i convertir-se en embrions amb bon potencial de desenvolupament. La incidència d'errors en el nombre de cromosomes o aneuploïdia dels ovòcits augmenta significativament a partir dels 35 anys arribant a un 80% dels casos als 45 anys. Si un ovòcit aneuploide s'arriba a fecundar, inevitablement donarà pas a un embrió amb molt poques probabilitats d'implantació i, per tant, més risc d'avortament espontani, o si sobreviu, el nou-nat presentaria trastorns genètics importants (Fuentes, 2021).

Tècniques i clíniques de reproducció assistida

Les tècniques de reproducció assistida (TRA) són un grup de tècniques que s'utilitzen per aconseguir una gestació en casos d'esterilitat (incapacitat de produir-se un embaràs) o infertilitat (incapacitat d'aconseguir finalitzar una gestació), en parelles homosexuals, o a persones que volen tenir fills en solitari. Existeixen diferents tipus de procediments, entre ells, la Inseminació Artificial (IA) i la Fecundació In Vitro (FIV). La clínica de reproducció assistida és, per tant, el centre o localització on es realitzen totes aquestes tècniques (Martínez, 2016).

A partir dels 35 anys, les dones pateixen una disminució ràpida de la qualitat i de la quantitat d'òvuls i, per tant, disminueix la probabilitat d'embaràs. És per això que moltes parelles o individus acaben recorrent a les TRA, fet que podem observar per l'increment del número d'intervencions d'aquest tipus a tota Europa (Martínez, 2016).

Un dels recursos més demandats és la congelació d'òvuls joves, que consisteix en la congelació d'un o més òvuls no fecundats per guardar-los i fer-ne ús en un futur. En especial, ha augmentat la demanda de la vitrificació, que es diferencia de la congelació lenta, per la conservació a llarg plaç d'aquests òvuls sense alterar-ne la qualitat (Mintziori, 2019).

Davant de tots els antecedents esmentats anteriorment i tenint en compte la tendència actual, sorgeix el qüestionament següent al qual es pretén donar resposta amb aquest treball: quines complicacions tant per la dona com pel fetus implica la maternitat tardana?

METODOLOGIA

Amb l'objectiu de donar resposta als plantejaments exposats, s'ha realitzat una revisió bibliogràfica sobre la maternitat als 40 anys durant els mesos de novembre i desembre de 2022.

Per tal de delimitar les paraules clau utilitzades per a la cerca d'articles es van utilitzar els descriptors DeSC (Descriptores en Ciencias de la Salud) i MeSH (Medical Subject Heading). Els termes de cerca van incloure les paraules claus següents: Maternity, Age-related Infertility, «Maternal age», Pregnancy, Complications, Nurs* i «Advanced age».

Per garantir la consecució dels objectius d'aquesta revisió es van definir els següents criteris d'inclusió i d'exclusió:

Taula 1. Criteris d'inclusió i exclusió	
Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
Articles publicats en els últims 5 anys (2017-2022).	Articles que tractin la maternitat avançada des d'una perspectiva mèdica.
Articles publicats en anglès, castellà o català.	Articles que tractin la maternitat en edats no avançades.
Articles d'accés lliure o gratuït mitjançant l'eina «punt sire» del CRAI UB.	

Font: Elaboració pròpia

La revisió bibliogràfica té com a objectiu donar a conèixer l'evidència científica disponible actualment sobre el tema abordat. Així doncs, s'ha realitzat la cerca a les bases de dades PUBMED, SCIELO i MEDLINE.

L'estratègia que s'ha utilitzat per tal de seleccionar els articles més adients pel treball és la següent: primer de tot s'ha configurat l'equació de cerca (Taula 2) combinant les paraules clau amb l'operador booleà «AND» i realitzant el truncament de la paraula «nurs*». De tots els resultats obtinguts s'han aplicat els filtres així com criteris d'inclusió i exclusió. Després de realitzar una lectura de tots els títols s'han escollit els de més interès així com els que generaven dubtes, tot seguit s'ha procedit a llegir els resums per poder descartar els de menys rellevància. Per últim, s'ha procedit a la lectura dels articles complets per així poder seleccionar els utilitzats en el treball, sent el resultat total final de 6 articles.

Taula 2. Equacions de cerca
Age-related AND infertility
«Maternal age» AND pregnancy AND complications
«Advanced age» AND maternity
Maternity AND Nurs*

Font: Elaboració pròpia

Amb les equacions de cerca s'han trobat un total de 66.855 articles d'entre totes les tres bases de dades on s'ha realitzat la recerca. Tenint en compte els filtres pertinents (articles entre 2017 i 2023, articles d'accés gratuït i articles en català, castellà o anglès), la cerca s'ha rebaixat a 14.801 articles, dels quals, després de fer una lectura del títol i resum per ser fidel als criteris d'inclusió, s'han seleccionat 6 articles aptes per a la present revisió bibliogràfica. Cal mencionar la selecció d'un article de l'any 2015, ja que aquest s'ha considerat adequat i rellevant per la seva naturalesa com a estudi de cohorts amb el pes d'evidència científica pertinent

A part de la cerca en bases de dades científiques mencionades, donat que la informació era limitada i fora de l'objectiu principal del treball, hem considerat buscar informació a revistes sobre maternitat com ara l'*ASRM* o la *Revista mèdica Sinergia* i al protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya, del Gencat, així com la guia de pràctica

clínica sobre embaràs i puerperi del Ministeri de Sanitat. S'han consultat pàgines web estadístiques com la del Institut Nacional d'Estadística, la del Eurostat, i la del banc mundial.

RESULTATS

A continuació, a la taula 3, es mostren els principals resultats obtinguts després de realitzar una anàlisi exhaustiu. S'han seleccionat un total de 6 articles en funció dels objectius plantejats. D'aquests articles, 4 són articles originals (AO) i quantitativs (Quan), dels quals 2 són estudis de cohorts (Coh), 1 Metaanàlisi (Met) i 1 descriptiu (Des). Per últim, 2 articles són revisions bibliogràfiques (Rb).

Taula 3. Síntesi dels resultats

Títol, Autor, Any, País, Tipus d'estudi	Objectiu	Mètodes	Resultats i conclusions
<p><i>Maternity in over 40 Years-Old Mothers.</i> Martínez-Galiano, Juan Miguel. 2016, Espanya. Rb.</p>	<p>Recopilar resultats materns i neonatals de mares primíparaes majors de 40 anys.</p>	<p>Revisió literatura científica: 10 articles obtinguts a Pubmed publicats en anglès i castellà.</p>	<p>Les dones que decideixen ser mares després dels 40 anys presenten increment risc malalties: hipertensió, diabetis, etc) i complicacions en el part (increment de cesària) i en la salut del nadó (defectes congènits).</p>
<p><i>Egg freezing and late motherhood.</i> Gesthimani Mintziori, Stavroula; Veneti, Efstratios M.; Kolibianakis, Grigorios F.; Grimbizis, Dimitrios. 2019, EEUU. Rb.</p>	<p>Resumir evidències sobre tecnologies de congelació d'òvuls, resultats reproductius i efectes a llarg termini, i implicacions psicològiques i socioeconòmiques.</p>	<p>Revisió literatura científica: 20 articles obtinguts a PubMed i Scielo publicats en anglès durant els últims cinc anys.</p>	<p>La tecnologia de congelació d'òvuls avança essent la vitrificació el mètode preferit actualment degut a la seva efectivitat. Existeixen evidències sobre associació negativa amb edat materna, tot i que falten dades que ho puguin sostenir.</p>

<p><i>Risk of Adverse Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age.</i></p> <p>Frederiksen, Line Elmerdahl; Ernst, Andreas; Brix, Nis; Braskhøj Lauridsen; Lea Lykke; Roos, Laura; Ramlau-Hansen, Cecilia Høst; Ekelund, Charlotte Kvist. 2018, Dinamarca.</p> <p>AO, Quan, Coh.</p>	<p>Estudiar possible relació entre l'edat materna avançada i el risc de determinades afectacions en l'embaràs.</p>	<p>Seguiment d'un total de 369.516 embarassos a Dinamarca.</p> <p>Les dones de més de 35 anys es dividiren en dos grups: de 35 a 39 anys i de 40 o més. Aquests grups es van comparar amb embarassos de dones de 20 a 34 anys i es van avaluar els riscos de resultats adversos en els embarassos.</p>	<p>El 10.28% de les dones de més de 40 anys experimentà resultats adversos en la gestació, en contraposició amb un 5.46% de les dones d'entre 24 i 34 anys. Aquestes presentaren menor risc d'anomalies cromosòmiques en el fetus, així com menys avortament espontani i prematuritat.</p> <p>Les gestants d'edats avançades presenten major risc de complicacions durant l'embaràs i requereixen un control més rigorós.</p>
<p><i>Pregnancy and Obstetrical Outcomes in Women Over 40 Years of Age.</i> Dietl, A.; Cupisti, S.; Beckmann, M. W.; Schwab, M.; Zollner, U. 2015, Alemanya.</p> <p>AO, Quan, Coh.</p>	<p>Avaluar resultats d'embaràs en dones majors de 40 anys.</p>	<p>Estudi de casos i controls en dones gestants a l'Hospital Universitari Würzburg (2006-2011).</p> <p>Comparació grup dones majors de 40 anys amb 3 grups control estratificats per edat: menors de 30, entre 30 i 34 i entre 35 i 39.</p>	<p>Les malalties cròniques són més prevalents en dones que superen els 40 anys, el part per cesària va obtenir xifres 4 vegades superiors que en dones d'edat inferior a 30, augmentant temps d'estada hospitalària.</p> <p>És necessari seguiment individualitzat en dones de més de 40 anys. Sense malalties cròniques de base i amb els controls necessaris, les dones de més de 40 anys poden obtenir els mateixos resultats obstètrics que les dones amb edat inferior.</p>

<p><i>Advanced Maternal Age: Adverse Outcomes of Pregnancy, A Meta-Analysis.</i></p> <p>Pinheiro, R. L.; Areia, A. L.; Pinto, A. M., Donato, H. 2019, Portugal AO, Quan, Met.</p>	<p>Analitzar resultats obstètrics i perinatals entre dones d'edat materna avançada i dones d'edat materna no avançada.</p>	<p>Cerca bibliogràfica de revisions sistemàtiques entre 2006 i 2017. Es van obtenir 10 articles amb mostres superiors a 1000 dones nul·líparas i/o múltiples no sotmeses a tractament d'infertilitat. Posteriorment es van analitzar els resultats obstètrics entre les dones d'edat materna avançada i les que no.</p>	<p>Les dones d'edat superior a 35 anys presenten més probabilitats de patir malalties cròniques, també s'obtenen xifres superiors en quant la cesària electiva i parts induïts. Hi ha un augment de parts prematurs, pitjors puntuacions d'Apgar, major nombre d'ingressos a la unitats crítiques i taxes més altes de mortinatalitat lligades a anomalies congènites letals i patologies cròniques.</p> <p>La maternitat en dones d'edat avançada té més risc de resultats obstètrics i perinatals adversos.</p>
<p><i>Differences in Inter-Rectus Distance and Abdominopelvic Function between Nulliparous, Primiparous and Multiparous Women.</i></p> <p>Balash-Bernat, M.; Pérez-Alenda, S.; Carrasco, J. J.; Valls-Donderis, B.; Dueñas, L.; Fuentes-Aparicio, L. 2021, Espanya. AO, Quan, Des.</p>	<p>Analitzar i avaluar les diferències a nivell de musculatura pèlvica en dones nul·líparas, primíparas i múltiples.</p>	<p>L'estudi realitzat en un total de 75 dones. 25 d'elles nul·líparas, 25 primíparas i 25 múltiples. Les participants es van sotmetre a tres ecografies en tres situacions diferents que van ser avaluades per professionals.</p>	<p>Les dones múltiples presentaren pitjor funció muscular abdominopèlvica, que les primíparas i aquestes pitjor que les nul·líparas. Tot i així, les estructures i teixits de les nul·líparas i primíparas s'apreciaren més endurits i resistents en les ecografies, per tant, poden dificultar l'expulsiu en el moment del part. El procés de part vaginal influeix en la funció muscular abdominopèlvica debilitant aquesta musculatura.</p>

DISCUSSIÓ

Controls en l'embaràs

Les gestants de més de 40 anys pateixen una sèrie de factors que comporten que el seu embaràs sigui considerat de risc i per tant que se'ls hagi de fer un seguiment més acurat sobre el seu estat de salut i del nadó que gesten. La freqüència dels controls al llarg de l'embaràs està determinada per les necessitats individuals de cada gestant tenint en compte els factors de risc associats. El cas de les gestants de més de 40 anys es considera de risc mitjà (Departament de Salut, 2018). Aquest seguiment el valorarà el professional sanitari segons les característiques de la gestant, antecedents i situació psicosocial de la dona. En el cas d'una maternitat tardana, donat que comporta més riscos, es requerirà una vigilància més continuada segons la gravetat del problema, tenint en compte que la gestant pot requerir control d'algun altre especialista o, fins i tot, hospitalització en els casos més greus. El problema principal derivat d'una gestació després dels 40 anys és l'alt risc de cromosomopaties en el fetus, per tant durant el control de l'embaràs s'incidirà en poder detectar precoçment aquesta anomalia (Elmerdahl, 2018). A les embarassades se'ls proporcionarà tota la informació prèvia de cadascuna de les proves per tal de considerar el risc-benefici i, donat el seu risc, se'ls oferirà la possibilitat de triar entre:

- Dur a terme directament una tècnica invasiva a través de l'amniocentesis o biòpsia corial per tal de detectar les trisomies 21, 18 i 13.
- Dur a terme una prova de DNA fetal en sang materna i, en cas que doni positiva, realitzar la tècnica invasiva de l'amniocentesis o biòpsia corial per a confirmació diagnòstica (Departament de Salut, 2018).

El part

Per entendre les possibles complicacions del part en la dona major de 40 anys es poden veure un seguit de relacions entre la patologia prèvia a l'embaràs i els riscos que aquestes poden tindre com un triangle invertit on partim d'un envelliment fisiològic que desencadena certes pràctiques (Dietl, 2015).

Es registra un augment de cesàries indicades en dones amb una cesària prèvia o bé pel risc que suposa la preclàmpsia en aquestes; la incidència d'aquesta patologia es veu augmentada en pacients que pateixen hipertensió crònica pregestacional, diabetis pregestacional o hipertensió a l'embaràs. Aquests tres motius es deuen a factors biològics

on s'evidencia que la funció de les cèl·lules B del pàncrees i la sensibilitat de la insulina disminueixen amb l'edat (Dietl, 2015; Pinheiro, 2019).

A més a més, alguns autors destaquen la prematuritat del nen, donat que aquesta està relacionada amb la incidència de la preclàmpsia. Tot i així, la prematuritat és un factor multifactorial. Les dones majors de 40 anys compten amb el factor protector de l'administració d'esteroides abans del part, donat que aquests fan que madurin els pulmons i per tant baixi el risc de mortalitat al nen prematur. Altres autors, en canvi, destaquen la incidència de naixement de nens macrosòmics en aquestes pacients (Dietl, 2015).

Respecte els mortinats i la mortalitat perinatal s'observa una correlació per les anomalies congènites letals i a una baixa perfusió uteroplacentària deguda a malalties cròniques com la hipertensió (Pinheiro, 2019).

En conclusió, el part en la dona d'edat posterior a 40 anys es cataloga de risc inclòs en aquelles que no tenen factors de risc coneguts i això redueix el llindar clínic per les intervencions augmentant les cesàries sense motius mèdics. D'altre banda es correlaciona l'edat amb una base biològica pels canvis fisiològics a la dona de mala progressió i una major duració del part pel deteriorament de la contractilitat del miometri fet que acaba desenvolupant en un augment d'estància hospitalària (Dietl, 2015; Pinheiro, 2019).

Recuperació post-part

Com ja s'ha esmentat anteriorment, les dones majors de 40 anys pateixen més risc de contraure complicacions durant l'embaràs i en el part. És per aquest motiu que el temps necessari per a la recuperació postpart també és més llarg.

La musculatura tendeix a afeblir-se, encara que hi ha altres factors com ara l'augment de pes durant l'embaràs, el temps de dilatació, la mida del nadó o si ha estat un part instrumentat, entre d'altres.

Normalment la recuperació completa pot arribar fins a un any després del part. D'això se'n deriva la importància de seguir una correcta rehabilitació, especialment del sòl pèlvic. Un sòl pèlvic fort i sa ajuda a mantenir el control d'esfínters. Durant el part, aquest pateix una enorme tensió i pot arribar a estirar-se i afeblir-se, i d'aquí la importància de rehabilitar-lo i evitar problemes de prolapses, incontinències i/o disfuncions sexuals (Ministerio de Sanidad, 2014).

Diferències entre primípara i múltipara després dels 40

Als riscos d'una gestació en edat avançada se li sumen el fet de ser primípara als 40 anys. Les principals diferències entre primíperes i múltiples de més de 40 anys tenen a veure amb l'expulsió, és a dir, el part. L'evidència assegura que les primíperes acostumen a tenir un part més difícil, ja que el període de dilatació és més llarg donat que els teixits estan més durs. Per tant, l'expulsió resulta més lenta i hi ha major risc de patiment fetal. És per aquest motiu que la majoria de parts acaben en cesària (Balasch, 2021).

Limitacions

S'han trobat limitacions a l'hora de cercar articles dins del marc de la gestació en edats avançades amb perspectiva infermera. Hi ha manca d'articles que facin referència a la figura infermera en aquestes situacions de maternitat. Serien necessaris més estudis sobre quines són les intervencions infermeres relatives a l'educació sanitària o acompanyament a gestants d'edats avançades.

CONCLUSIONS

La maternitat després dels 40 anys és considerada una gestació de risc, ja que comporta possibles complicacions tant per a la mare com per al nadó, però, alhora, és cada vegada més comú en una societat on tenir descendència a edats fisiològicament òptimes és pràcticament tot un repte a nivell cultural, social i econòmic. Actualment, la maternitat tardana es veu facilitada a nivell de concepció i seguiment gràcies als avenços de les tecnologies i la medicina, però, si analitzem aquest fenomen des d'un punt de vista socio-demogràfic i unit a la disminució de la natalitat, a llarg termini esdevindrà un problema social de gran rellevància.

El paper de les infermeres especialistes en salut sexual i reproductiva esdevé imprescindible en qualsevol gestació, especialment en aquelles considerades de risc, en les que les visites de seguiment i control, l'avaluació de riscos, i l'educació sanitària conformen els punts claus per assegurar una correcta evolució de l'embaràs tant per la mare com pel nadó. Tot i així, manquen estudis sobre el paper de l'atenció infermera en aquest tipus d'embarassos en concret, així com estudis que tractin els aspectes fisiopatològics associats a la morbiditat fetal i que tinguin en compte variables demogràfiques i socials que puguin incidir en els resultats obstètrics.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- BALASCH, M., et al. Differences in inter-rectus distance and abdominopelvic function between nulliparous, primiparous and multiparous women. A: *Environmental Research and Public Health*. 2021, vol. 18, núm. 23, pp. 12396.
- BANCO MUNDIAL. *Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer) - Spain*. 2022. Disponible a: <https://datos.bancomundial.org/indicador/sp.dyn.tfrt.in?end=2020&locations=es&start=1961>.
- CENTRO GUTENBERG. *Embarazo a los 40: motivos de hoy para retrasar la maternidad*. 2022. Disponible a: <https://urecentrogutenberg.es/embarazo-a-los-40-motivos-de-hoy-para-retrasar-la-maternidad/>.
- CIMADOMO, D., et al. Impact of maternal age on oocyte and embryo competence. A: *Frontiers in endocrinology*. 2018, vol. 9, núm. 327, pp. 1-8.
- DEPARTAMENT DE SALUT. *Protocol de seguiment de l'embaràs*. 2018. Disponible a: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol_seguiment_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf.
- DIETL, A., et al. Pregnancy and Obstetrical Outcomes in Women Over 40 Years of Age. A: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2015, vol. 75, núm.8, pp. 827-832.
- ELMERDAHL, L., et al. Risk of adverse pregnancy outcomes at advanced maternal age. A: *Obstet Gynecol*. 2018, vol. 131, núm. 3, pp. 457-463.
- EUROSTAT. *Enterprise birth rates in the EU decreased in 2020*. En: Eurostat. 2022. Disponible a: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/ddn-20221028-2>.
- FUENTES, A.; SEQUEIRA, K.; TAPIA-PIZARRO, A. Efectos demográficos, clínicos y biológicos de la postergación de la maternidad. A: *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2021, vol. 32, núm. 2, pp. 146-160.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Edad media a la maternidad por orden del nacimiento según nacionalidad (española/extranjera) de la madre*. 2021. Disponible a: www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Pirámide de la población empadronada en España*. 2022. Disponible a: www.ine.es/covid/piramides.htm.
- MARTÍNEZ-GALIANO, J. La maternidad en madres de 40 años. A: *Revista Cubana de Salud Pública*. 2016, vol. 42, núm. 3, pp. 451-458.
- MINISTERIO DE SANIDAD. *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio 1ª edición. Andalucía*. Disponible a: www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GPC_de_embarazo_y_puerperio.pdf.
- MINTZIORI, G., et al. Egg freezing and late motherhood. A: *Maturitas*. 2019, vol. 125, pp. 1-4.

PINHEIRO, R., et al. Advanced Maternal Age: Adverse Outcomes of Pregnancy, A Meta-Analysis. A: *Acta Médica Portuguesa*. 2019, vol. 32, núm. 83, pp. 219-226.

VANTMAN, D.; VEGA, M. Fisiología reproductiva y cambios evolutivos con la edad de la mujer. A: *Revista médica clínica las condes*. 2010, vol. 21, núm. 3, pp. 348-362.