



mujsas

**Vol 9
Núm. 2
2024**

Género y
desigualdades
en salud

REVISTA DE INVESTIGACIÓN

MUJER, SALUD, SOCIEDAD

ISSN 2385-7005



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

MUJERES Y DESIGUALDADES EN SALUD

Dones i desigualtat en salut

Women, Inequality, and Health

JOSEFINA GOBERNA-TRICAS 

Universitat de Barcelona (*Barcelona, España*)

Las mujeres enfrentan desigualdades en materia de salud que no solo se deben a factores biológicos, sino que están profundamente influenciadas por construcciones sociales y culturales del género, que determinan las experiencias y oportunidades de las mujeres en relación con la salud. Una de las principales áreas de desigualdad es el acceso a la salud sexual y reproductiva. En muchos países, las mujeres todavía tienen un acceso limitado a métodos anticonceptivos seguros, información sobre salud sexual y acceso al aborto de forma legal y segura. Esto afecta la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos y puede tener consecuencias graves para su salud física y mental.

Además, las mujeres suelen estar expuestas a múltiples formas de violencia de género, que tienen un impacto directo y devastador en su salud. La violencia física, sexual y emocional no solo produce lesiones físicas, sino que también conlleva problemas de salud mental a largo plazo, como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático. A pesar de la gravedad de estas consecuencias, la violencia de género es muchas veces invisibilizada en los sistemas de salud, e incluso puede ser propiciada desde el propio sistema sanitario como en el caso de la violencia obstétrica.



Otra dimensión de la desigualdad es la brecha en la investigación médica. Históricamente, los estudios clínicos han tendido a centrarse en los cuerpos masculinos, lo que deja a las mujeres en desventaja en cuanto a la comprensión de cómo ciertas enfermedades, tratamientos y medicamentos afectan específicamente a sus cuerpos. Esta falta de investigación con perspectiva de género en medicina contribuye a invisibilizar enfermedades que afectan mayoritariamente a las mujeres; suelen ser enfermedades crónicas e invalidantes que han sido ignoradas durante años, achacando estas quejas femeninas a problemas de salud mental.

Asimismo, las mujeres asumen en muchos contextos la carga principal del trabajo doméstico y de cuidado, a menudo sin remuneración, lo que genera estrés y desgaste físico y emocional. En este sentido, es común que las mujeres trabajen en sectores laborales con condiciones más precarias, lo que aumenta su vulnerabilidad a problemas de salud relacionados con la pobreza.

Para abordar estas brechas, es fundamental adoptar una perspectiva de género en la salud que reconozca las necesidades específicas de las mujeres y promueva la equidad en la atención sanitaria. Esto implica desde la formación en género para los profesionales de la salud, hasta la formulación de políticas públicas que garanticen el acceso universal y gratuito a servicios de salud integrales y sensibles al género. Igualmente, es crucial impulsar la investigación biomédica con enfoque de género, para que las intervenciones médicas y los tratamientos sean más precisos y eficaces para las mujeres. La equidad en salud no solo es un derecho humano fundamental, sino que también es esencial para construir sociedades más justas y saludables.

SATISFACCIÓN EN EL PARTO BAJO EL ÍNDICE DE DESIGUALDAD DE GÉNERO. SCOPING REVIEW

Satisfacció en el part segons l'Índex de Desigualtat de Gènere. Scoping Review

Satisfaction with Delivery Care under the Gender Inequality Index. Scoping Review

JAEL MARÍA QUIROZ CARREÑO 

JAVIERA NAVARRO-ESCOBEDO

JAZMÍN ORELLANA-INSUNZA

CLAUDIA CORNEJO-ARAVENA 

JOVITA ORTIZ-CONTRERAS 

Universidad de Chile (*Santiago, Chile*)

Autora correspondencia: Claudia Cornejo-Aravena

Correo electrónico: claudiacornejo@uchile.cl

Recibido: 07/03/2023

Aceptado: 10/07/2024

Publicado: 30/11/2024



RESUMEN

La satisfacción materna es un indicador de calidad de la atención en salud. En este sentido, los países son los responsables de impartir nuevas herramientas que aborden medidas centradas en las personas para disminuir la desigualdad de género. El objetivo de este estudio es explorar el estado de la cuestión de los resultados de satisfacción de las mujeres en la atención del parto, a través de instrumentos cuantitativos, bajo el análisis del Índice de Desigualdad de Género. Se realizó una *scoping review* por medio de bases de datos electrónicas Pubmed, Scopus y Scielo y un buscador de literatura gris. Los criterios generales de búsqueda fueron artículos completos, de no más de 10 años y que estuviesen en inglés o español. El índice Kappa reveló una concordancia muy buena (0,903). Se utilizaron 78 estudios, donde el 88,5% evidenció que las mujeres se encontraron satisfechas. Con respecto al IDG, 37 artículos corresponden a países con un IDG muy bajo, teniendo un resultado de satisfacción con una calificación óptima. El 23,5% de los estudios identificados con un IDG bajo presentó una calificación de satisfacción subóptima. Se encontró una cantidad mínima de estudios con un IDG mediano que poseen una mayor proporción de resultados subóptimos. En países donde hay un bajo IDG, los resultados de satisfacción son positivos en comparación a países en donde la desigualdad de género aún es un desafío por trabajar.

Palabras clave: instrumento, cuestionario, satisfacción, satisfacción materna, experiencia de parto.

RESUM

La satisfacció materna és un indicador de qualitat de l'atenció en salut, en aquest sentit els països són els responsables d'impartir noves eines que abordin mesures centrades en les persones, per a disminuir la desigualtat de gènere. L'objectiu d'aquest estudi és explorar l'estat de la qüestió dels resultats de satisfacció de les dones en l'atenció del part, a través d'instruments quantitatius, segons l'anàlisi de l'Índex de Desigualtat de Gènere. Es va realitzar una *scoping review* per mitjà de bases de dades electròniques Pubmed, Scopus i Scielo i un cercador de literatura grisa. Els criteris generals de cerca van ser articles complets, de no més de 10 anys i que estiguessin en anglès o espanyol. L'índex Kappa va revelar una concordança molt bona (0,903). Es van utilitzar 78 estudis, on el 88,5% dels estudis va evidenciar que les dones es van trobar satisfetes. Respecte al IDG, 37 articles corresponen a països amb un IDG molt baix, tenint un resultat de satisfacció amb una qualificació òptima. El 23,5% dels estudis identificats amb un IDG baix va presentar una qualificació de satisfacció subòptima. Es va trobar una quantitat mínima d'estudis amb un IDG mitjà i posseeixen una major proporció de resultats subòptims. En països on hi ha un baix IDG, els resultats de satisfacció són positius en comparació a països on la desigualtat de gènere encara és un repte que cal treballar.

Paraules clau: instrument, qüestionari, satisfacció, satisfacció materna, experiència de part.

ABSTRACT

Maternal satisfaction serves as a quality indicator in healthcare, and in this regard, countries are responsible for implementing new tools that address patient-centered measures to reduce gender inequality. The objective of this study is to explore the state of the art in women's satisfaction outcomes during childbirth using quantitative instruments, under the analysis of the Gender Inequality Index. A *Scoping review* was conducted through electronic databases PubMed, Scopus, and Scielo, as well as a search of gray literature. General search criteria included full articles published within the last 10 years, available in English or Spanish. The Kappa index revealed very good agreement (0.903). Seventy-eight studies were included, with 88.5% indicating women's satisfaction. Concerning the Gender Inequality Index, 37 articles corresponded to countries with very low Gender Inequality Index, showing optimal satisfaction ratings. The 23.5% of studies identified with a low Gender Inequality Index presented suboptimal satisfaction ratings. A minimal number of studies with a medium Gender Inequality Index were found, and they exhibited a higher proportion of suboptimal outcomes. In countries with a low Gender Inequality Index, satisfaction results are positive compared to countries where gender inequality remains a challenge to be addressed.

Keywords: instrument, questionnaire, satisfaction, maternal satisfaction, childbirth experience.

INTRODUCCIÓN

La satisfacción materna y la experiencia de las mujeres son parte de los indicadores más relevantes en la evaluación de la calidad de la atención en salud. La mejora de la calidad ha tenido efectos en las metas sanitarias, como la reducción de la mortalidad, la morbilidad y mitigar, en parte, algunas desigualdades en salud. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda diseñar programas para mejorar los indicadores de la salud materna y perinatal (Tunçalp et al., 2015).

Los indicadores de salud materna reflejan el nivel de desarrollo de un país, debido a su alto impacto y trascendencia, que debe ser abordada desde un enfoque de derechos humanos, sexuales y reproductivos, así como de determinantes sociales en salud para satisfacer las necesidades y derechos de las mujeres, favoreciendo el empoderamiento en salud (Srivastava et al., 2015; Choe, Cho y Kim, 2017).

La atención del parto debe ser abordada con enfoque de género, lo cual implica reconocer las diferencias de poder y de acceso a recursos y oportunidades para las mujeres. La desigualdad de género está arraigada en procesos históricos y culturales que afectan la percepción, valoración y trato en la maternidad, por tanto, son procesos dinámicos y modificables. Cuando la salud es abordada con enfoque de género a lo largo del curso de vida, permite mejorar la calidad del servicio, planes y acciones con miras a una salud integral, equitativa y libre de violencia (Crockett y Cooper, 2016).

Por su parte, el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD) ha estudiado el «Índice de Desigualdad de Género» (IDG) en 162 países, el cual señala la disparidad y desventaja entre los géneros a través de tres aspectos: salud reproductiva, empoderamiento y situación económica, en donde los indicadores sensibles al género son vitales para evaluar los resultados de salud de las mujeres (Larson et al., 2019; Syed et al., 2018). Al respecto, la salud reproductiva se posiciona como un elemento transversal y relevante que condiciona el índice de desigualdad. Sin embargo, dicho elemento aún está compuesto solo por indicadores biológicos (mortalidad materna y gestación adolescente) que no reflejan dimensiones cualitativas que den cuenta de las experiencias y satisfacción asociada a eventos reproductivos como el parto, las cuales influyen de forma tácita en el empoderamiento.

De esta manera, el propósito de este estudio se orienta a problematizar si los resultados de experiencias y satisfacción de mujeres se condicen con el IDG. Se realizó

una revisión de la evidencia, tipo *scoping review*, con el objetivo de explorar los resultados de satisfacción y/o experiencias de las mujeres en la atención institucional del parto. A través de instrumentos cuantitativos de medición, bajo el análisis del IDG, se recopiló la literatura respectiva a instrumentos cuantitativos de medición, se mapearon los estudios a partir del IDG y se describieron los resultados obtenidos de la satisfacción y/o experiencia en la atención de las mujeres en su parto.

METODOLOGÍA

El diseño de estudio corresponde a una *scoping review*, la cual por su estructura metodológica permite identificar e informar la evidencia existente y los posibles vacíos respecto a la temática seleccionada. Esta revisión consta de 5 etapas en base a las recomendaciones del Instituto Joanna Briggs, no incluyendo la sexta etapa opcional, de consulta a actores relevantes (Campbell et al., 2023).

La pregunta de investigación fue dirigida mediante la estrategia «PCC» (Población, Concepto y Contexto), y corresponde a la pregunta: ¿cuáles son los resultados de satisfacción de las mujeres en la atención institucional del parto medidas por instrumentos cuantitativos según el IDG?

Se llevó a cabo una búsqueda en PubMed, Scopus (Elsevier) y SciELO en junio y julio del 2020, actualizada en enero de 2021, y complementada con una búsqueda en la literatura gris con Google Scholar, organizaciones no gubernamentales y por bola de nieve.

Los criterios generales de búsqueda fueron artículos que se encontraron en texto completo, en idiomas español o inglés y publicados entre los años 2010 y 2021. Se consideró para este escrito el análisis de artículos publicados desde el año 2018 a 2021, incluyendo artículos que hacen referencia a la atención previa al contexto de pandemia de SARS-CoV-2, debido a que provocó cambios significativos y rápidos en los sistemas de salud, y por tanto en la satisfacción de las usuarias. Cada algoritmo fue adaptado según los requerimientos de cada base, utilizando términos MeSH, además de la aplicación de filtros según fechas de publicación e idioma.

En la plataforma Google Scholar, se desarrollaron dos búsquedas, ambas en inglés y español, revisando las dos primeras páginas de resultados, ya que luego de esto, los

resultados se vuelven irrelevantes, redundantes o solían no guardar relación con el tema de interés.

Todas las citas que surgieron de la aplicación de algoritmos y filtros ya mencionados se importaron al gestor bibliográfico Mendeley V1.19.8, además de la sistematización de los resultados en una hoja de cálculo Excel Office 365 para eliminar documentos duplicados. Los estudios fueron catalogados por título y acceso directo al resumen, junto a la consecuente anonimización de autores e instituciones, con el propósito de evitar el sesgo de selección.

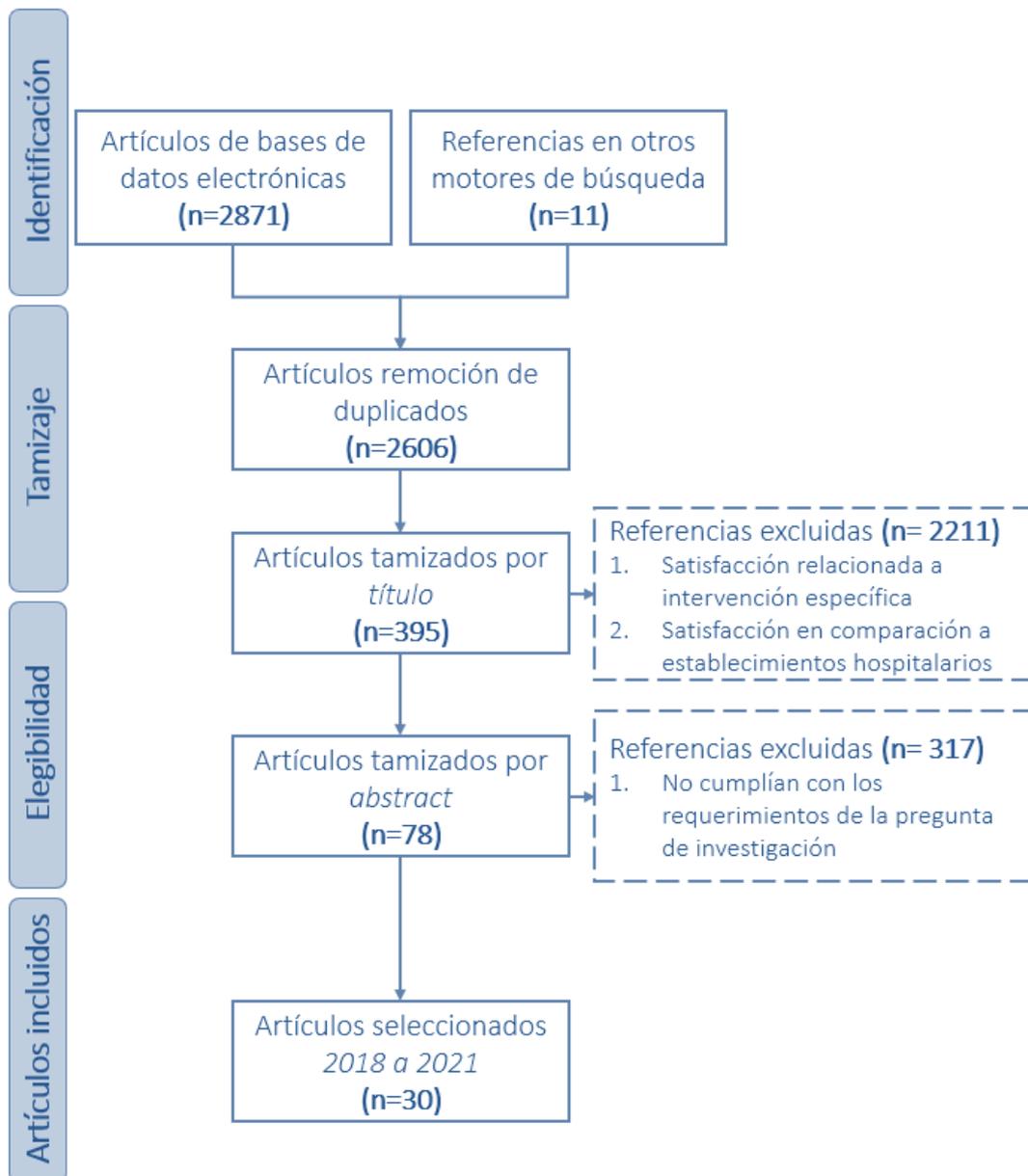
De manera conjunta a la eliminación de los duplicados, se procedió a aplicar los criterios de inclusión y exclusión. La selección de los artículos se realizó por etapas: título/resumen y luego por texto completo. Cuando existieron dudas respecto a la inclusión o exclusión de artículos, una tercera persona del equipo dirimió. Todos los artículos seleccionados fueron codificados para disminuir el sesgo del observador. La concordancia de la búsqueda fue muy buena, ya que el Índice de Kappa de Cohen dio como resultado 0,903, con un error estándar de 0,030 e IC de 95% (0,845-0,962).

Se confeccionó una base de caracterización de los documentos para el análisis, que incluyó año, país, lugar de estudio, metodología, participantes, edad, instrumento, validación, propiedades psicométricas, aplicación del instrumento y tipo de parto, y de forma paralela se ordenaron los resultados en una tabla de extracción de la evidencia.

Finalmente, el reporte de resultados se presentó en formato narrativo, acompañado de tablas que responden al análisis del IDG, los cuales se reportan en cuatro categorías del IDG: los países con categoría 0.00-0.25, señalados como «muy bajo»; rango 0.25-0.50, «bajo»; rango 0.51-0.75, «medio»; y rango 0.76-1.00 como «alto». En el caso de este último nivel, no fue desarrollado por la ausencia de estudios.

RESULTADOS

De 2871 documentos recopilados de bases electrónicas, se agregaron 11 documentos por búsqueda manual y bola de nieve, obteniendo finalmente 78 documentos de 2010 a 2021, en donde para la revisión final se seleccionaron aquellos publicados entre 2018 y 2021, momento que se correlaciona con la publicación de las *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto y una experiencia positiva*, y previo a la pandemia de SARS-CoV-2 (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios

Fuente: imagen de elaboración propia en base a diagrama de flujo de tipo PRISMA modificado para *scoping review*.

La Tabla 1 muestra los resultados de 30 artículos sobre la satisfacción de las mujeres en la atención al parto. Los estudios se realizaron entre 2018 y 2021 y utilizaron una variedad de métodos, incluyendo estudios transversales, prospectivos y de cohorte. Los estudios recolectados tuvieron muestras que oscilaron entre 60 hasta 3.700 mujeres encuestadas, con periodos de recolección de datos a partir de las 24 horas hasta 3 meses postparto.

Tabla 1. Caracterización general de los estudios incluidos en *scoping review*

| Año de Publicación | n° | % |
|----------------------------------|-----------|------------|
| 2021 | 3 | 10 |
| 2020 | 8 | 27 |
| 2019 | 10 | 33 |
| 2018 | 9 | 30 |
| Total | 30 | 100 |
| País de origen | n° | % |
| Europa | 21 | 70 |
| Las Américas | 4 | 13 |
| Pacífico occidental | 4 | 13 |
| Mediterráneo oriental | 1 | 3 |
| Total | 30 | 100 |
| Tipo de Parto | n° | % |
| Parto Vaginal | 17 | 70 |
| Mixto | 5 | 22 |
| Otros/No informa | 2 | 8 |
| Total | 30 | 100 |
| Validación de instrumento | n° | % |
| Si | 26 | 87 |
| No/No informa | 4 | 13 |
| Total | 30 | 100 |

SATISFACCIÓN, EXPERIENCIA E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los estudios incluyeron a mujeres con edades entre 14 y 49 años. En el 90% de los artículos las mujeres se encontraron satisfechas con su experiencia en la atención del parto, mientras que el 10% tuvo una valoración subóptima de la satisfacción.

De los 30 artículos, 19 (63%) utilizaron un instrumento de medición de la satisfacción del parto estandarizado, mientras que los otros 11 artículos (37%) utilizaron instrumentos no estandarizados.

Satisfacción, experiencias e IDG

Categoría «Muy bajo»

14 artículos provienen de países con un IDG muy bajo, teniendo un resultado de satisfacción y/o experiencia con una calificación óptima (Tabla 2). Entre los principales factores significativos que aportan a esta categoría de resultados, se distinguen las habilidades de socialización, tales como; ayuda, apoyo y empatía de los profesionales de salud, actitud simétrica y respetuosa.

Dentro de la provisión de cuidados se destaca la valoración de la preocupación de la mujer, recibiendo apoyo, información y orientación, así como las conductas de cuidado de enfermería y sensación de seguridad otorgada por parte de las matronas/enfermeras, cuidados para el alivio del dolor y la participación en la toma de decisiones durante y después del parto.

En contraste, Países Bajos y China, muestran como predictores de una menor satisfacción la extensión del tiempo de trabajo de parto, control y disminución de la participación de la mujer en la toma de decisiones, administración de oxitocina y la poca preocupación por la ingesta de alimentos.

Categoría «Bajo»

Se encontraron 14 artículos con resultados similares a las identificadas en países con IDG «Muy bajo». De ellos destacan estudios con un nivel sobresaliente de satisfacción general en la atención recibida por las mujeres, en países como Etiopía y Brasil.

Por su parte, el 23,5% de los estudios identificados presentó resultados con una satisfacción subóptima, donde el 31,3% de las mujeres estaban “satisfechas con la atención de parto”. Otros estudios presentaron resultados menores al 20% de satisfacción, donde la mayoría de las mujeres estaban insatisfechas con la calidad de la atención.

Las principales dimensiones que dan lugar a resultados de insatisfacción en la literatura fueron: ausencia de libertad de movimiento, ausencia de toma de decisiones, la falta de respeto, asistencia de personas desconocidas y no deseadas, la ayuda inadecuada de los proveedores, trabajo de parto largo (>11h), escaso alivio del dolor, mayor número de exploraciones vaginales (>8), estar en posición de litotomía durante el parto, haber tenido una episiotomía y el estrés experimentado durante el trabajo de parto.

Categoría «Mediano»

4 artículos se identificaron en esta categoría. En Kenia resalta que en un 97,2%, las parteras reprendieron a las mujeres, y en un 88,1% las dejaron desatendidas durante períodos prolongados. Las variables que fueron peor evaluadas al estudiar la satisfacción fueron la amabilidad del personal, información proporcionada a la mujer, el respeto a la presencia de un acompañante significativo, la presentación del equipo de salud, el consentimiento y confidencialidad.

Tabla 2. Clasificación de los países según IDG y los instrumentos utilizados

| | Países | IDG | Instrumentos | Estudios |
|---|--------------|-------|--|---|
| IDG muy bajo [0.00-0.25]¹ | España | 0.037 | Intrapartal-Specific Quality from the Patient's Perspective Questionnaire | (Donate-Manzanares et al., 2019) |
| | Suiza | 0.037 | Women's Experiences Maternity Care Scale | (Floris et al., 2018) |
| | Suecia | 0.040 | Early Labour Experience Questionnaire Intrapartal-specific Quality from Patient Perspective The Childbirth Experience Questionnaire Ten Group Classification System | (Kempe y Vikström-Bolin 2020; Ängeby et al., 2018; Turkmen et al., 2018; Ängeby et al., 2019) |
| | Países Bajos | 0.041 | Client experience questionnaire (ReproQ) | (Van Haaren-ten Haken et al., 2018; Van Stenus et al., 2018) |
| | Italia | 0.069 | Birth Satisfaction Scale Revised Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire | (Fumagalli et al., 2020; Fenaroli et al., 2019) |
| | Reino Unido | 0.119 | The Birth Satisfaction Scale (Revisada) | (Henderson, Jomeen y Redshaw 2018) |
| | China | 0.163 | Diseño de autor | (Othman et al., 2020) |
| | EE. UU. | 0.182 | Childbirth Experience Questionnaire | (Lathrop, Bonsack y Haas 2018) |
| | Eslovaquia | 0.190 | Czech questionnaire measuring psychosocial climate in maternity hospitals (KLI-P) | (Mazúchová et al., 2020) |
| IDG bajo [0.26-0.50]² | Malasia | 0.274 | Maternal Satisfaction with Hospital-based Intrapartum Care Scale | (Mohamad, Lee y Mawardi 2020) |
| | Turquía | 0.305 | Scale for Measuring Maternal Satisfaction in Vaginal Birth | (Çalik, Karabulutlu y Yavuz 2018) |
| | Brasil | 0.386 | North Bristol modified Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale questionnaire Childhood Experience and Satisfaction Questionnaire | (Passarelli et al., 2019; De Oliveira Costa et al., 2019; Martins et al., 2020) |
| | Ruanda | 0.412 | Childbirth Experience Questionnaire | (Mukamurigo et al., 2020) |
| | Indonesia | 0.451 | Childbirth Expectation Questionnaire (Indonesian version) | (Astuti, Rachmawati y Rahmah 2019) |
| | Irán | 0.492 | Women's Perception-Respectful Maternity Care Questionnaire Childbirth Experience Questionnaire Childbirth Experience Questionnaire (CEQ2) | (Ayoubi et al., 2020; Zamani et al., 2019; Hajizadeh et al., 2020) |
| | India | 0.501 | Person-centred maternity care (PCMC modificado por autor) | (Montagu et al., 2019) |
| | Etiopía | 0.508 | Diseño de autor | (Asrese, 2020; Tadele et al., 2020; Gashaye et al., 2019) |
| IDG medio [0.51-0.75]³ | Kenia | 0.545 | Experience of Psychosocial Care and Communication during Childbirth Questionnaire Diseño de autor | (Kabo et al., 2019; Okumu y Oyugi 2018) |
| | Mozambique | 0.569 | Diseño de autor | (Mocumbi et al. 2019) |
| | Swazilandia | 0.579 | Quality from the patient's perspective (QPP-I) | (Gamedze-Mshayisa et al., 2018) |

Tabla de elaboración propia, en base a la sistematización de estudios según IDG incorporados en la revisión. El IDG se subdivide en cuatro categorías, dependiendo de la desigualdad correspondiente a los países con IDG de categoría 0.00-0.25, «muy bajo»; categoría 0.25-0.50, «bajo»; categoría 0.51-0.75 «medio»; y categoría 0.76-1.00 «alto», en el caso de este último nivel no fue desarrollado por la ausencia de estudios.

Fuente: Gender Inequality Index (GII) Human Development Reports.

DISCUSIÓN

Los resultados permitieron identificar la medición de la satisfacción de la atención del parto, ya sea en partos vaginales o quirúrgicos, relacionado con su clasificación según IDG. La mayoría de los artículos analizados presentan una validación completa, respaldando la calidad de los instrumentos presentados en esta revisión. Además, es importante mencionar que la mayoría de los estudios fueron publicados con posterioridad al manifiesto de la Organización Mundial de la Salud para la mejora de la atención de la salud materna y el recién nacido en instituciones de salud, reflejando el interés por esta temática (Choe, Cho y Kim, 2017).

A través del mapeo de los instrumentos, se evidenció su diversidad, caracterizándose por ser en una mayoría confiables y aprobados, lo cual fundamenta la necesidad de validar localmente los instrumentos considerando las diferencias socioculturales, sin la necesidad de generar nuevas formas de evaluación (Crockett y Cooper, 2016; Robinson et al., 2017).

El análisis de la evidencia recolectada revela que en la mayoría de los estudios las mujeres se sentían satisfechas con la atención del parto, lo cual expone las variables a considerar para calificar, evaluar y determinar la satisfacción de las mujeres. En este sentido, la satisfacción es parte fundamental de la calidad de la atención, y se hace imperativo identificar aspectos que fortalezcan la prestación de servicios sanitarios y eliminen barreras en la relación profesional-beneficiario (Srivastava et al., 2015).

La desigualdad de género es una de las principales desventajas que afectan a gran parte de la población mundial y, pese a los esfuerzos realizados, se debe continuar con la búsqueda de estrategias que favorezcan la disminución de esta problemática. Un ejemplo de ello es el trabajo y esfuerzo asociado no solo a mejorar los indicadores de salud materna, sino también a mejorar la satisfacción y la experiencia.

Explorar y explicar los comportamientos, representaciones y actitudes de las mujeres en torno a los procesos vinculados a su salud sexual y reproductiva permite comprender su rol social y cómo la perspectiva de género da cuenta de los resultados de salud de éstas y de la sociedad. La cristalización del lugar que ocupa la maternidad y el cuerpo femenino como receptáculo privilegiado de la procreación da lugar a una identidad naturalizada «mujer-madre» como pilar de la reproducción social, identidad que constituye la base de la desigualdad entre los géneros (Nieuwenhuijze y Leahy-Warren, 2019).

Esta *scoping review* plasma la literatura existente con respecto a la satisfacción de las mujeres bajo el análisis del IDG. En este sentido, un muy bajo índice de desigualdad advierte que los aspectos analizados se encuentran amparados en elementos de preocupación de los países, con constantes esfuerzos por mitigar las desigualdades sociales asociadas al género. Por ejemplo, en Países Bajos se constató el mejor resultado obtenido en la investigación, representando un 92% de satisfacción en las mujeres en cuanto a la atención del parto (Baas et al., 2017).

La importancia de los resultados radica en la diferencia significativa entre países. A mayor desigualdad de género, la satisfacción de las mujeres es menor y las experiencias negativas son preponderantes.

Los hallazgos revelan una amplia disimilitud entre los países expuestos y las categorías obtenidas, esclareciendo la estrecha correlación que existe entre el interés por incrementar la calidad de la atención hacia las usuarias y la satisfacción suscitada por esta.

El estudio evidencia que la satisfacción de las mujeres se ve influenciada por el empoderamiento en todos los niveles, en los cuales destaca la autonomía en el proceso del parto. Cuando las mujeres gozan de igualdad de género, se dan las condiciones para lograr el empoderamiento durante la gestación, parto y puerperio (Nieuwenhuijze y Leahy-Warren, 2019).

La atención institucional es parte importante de los hallazgos, ya que en la totalidad de los estudios las mujeres fueron atendidas en un centro asistencial, sea público o privado. En concordancia, existe una estrecha asociación entre la satisfacción y la atención recibida durante el parto, lo que sugiere que una percepción positiva del parto, y la satisfacción de la experiencia del cuidado, ya que está influenciada por factores relacionados con la atención institucional (Lazzerini et al., 2020).

El trato del profesional con la usuaria es determinante al momento de evaluar la satisfacción materna. Los resultados destacan que en la mayoría de los estudios analizados las mujeres expresaron la importancia de tener un profesional que proporcione una atención integral, teniendo en cuenta la información, resolución de dudas, alivio del dolor y necesidades básicas, permita la presencia de un acompañante significativo y demuestre respeto y empatía, entre otras cosas.

En contraposición, un porcentaje de los resultados muestran experiencias negativas donde destaca el maltrato y poca empatía por parte de los profesionales durante el parto. En este sentido, el modelo biomédico contiene en sí mismo conductas patriarcales que van en contra de las prácticas cotidianas esperadas por las mujeres, en donde se evidencian tratos asimétricos producto de la jerarquización. En este sentido, existen componentes como el tiempo, el tipo y calidad de la atención que son barreras para establecer relaciones más cercanas, efectivas y eficaces (Pitter, 2016).

La atención profesional calificada del parto tiene especial protagonismo para las mujeres en relación con el trato que recibe por parte del profesional. Dado que el proceso de parto es único e irrepetible, se hace necesario fortalecer la formación y preparación de profesionales en cuanto a competencias técnicas y relacionales, para así otorgar un trato digno y enfocado en la mujer.

En países donde hay un bajo IDG, los resultados de satisfacción son positivos en comparación con países en donde la desigualdad de género aún es un desafío por trabajar. Esto demuestra la importancia otorgada desde hace décadas por los sistemas de salud de dichos países. En este sentido, las mujeres desean una atención de calidad y, dentro de esto, los factores más relevantes que ellas destacaron fue la relación con el profesional de salud. Según los datos obtenidos en esta investigación, las mujeres que experimentaron vínculos cercanos con los profesionales lograron experiencias reconfortantes, mientras que aquellas que no contaron con profesionales competentes experimentaron sentimientos de miedo, sufrimiento y soledad.

Finalmente, esta investigación visibiliza la trascendencia que posee el estudio de la satisfacción y experiencias de las mujeres y su incidencia sobre los indicadores en salud, con el propósito de trabajar en una atención digna y respetuosa, con el fin de disminuir la desigualdad de género.

LIMITACIONES

Las limitaciones del presente estudio no invalidan necesariamente los hallazgos. Sin embargo, es importante su declaración, ya que son relevantes para futuras líneas de investigación asociadas al tema. Una de las principales limitaciones tiene relación con el periodo seleccionado para el análisis, ya que, al centrarse solo en los años del 2018 al 2021, no se incluye información adicional reciente que podría dar mayor diversidad de resultados; más en concreto, dentro de estos, aquellos asociados a la satisfacción y la

pandemia de SARS-CoV-2. Así mismo, al considerar dentro de los criterios el análisis de estudios cuantitativos asociados a la satisfacción, no es posible recabar aspectos de la experiencia de las mujeres desde una perspectiva cualitativa. Finalmente, no encontrar estudios de países con un IDG alto limita la comprensión de los resultados en diferentes contextos.

CONCLUSIONES

Esta revisión pone en evidencia que las mujeres que experimentaron vínculos cercanos con los profesionales lograron experiencias reconfortantes, mientras que aquellas que no contaron con profesionales competentes experimentaron sentimientos de miedo, sufrimiento y soledad.

La transmisión de las experiencias de parto favorece a la visibilizar las problemáticas que conlleva la insatisfacción de la mujer en un proceso de parto. Por tanto, sería útil contar con un instrumento estandarizado de uso común que se utilizara en todos los estudios para permitir una comparación más directa de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÄNGEBY, Karin, et al. Women's labour experiences and quality of care in relation to a prolonged latent phase of labour. En: *Midwifery*, 2019, vol.77, pp. 155-164.
- ÄNGEBY, Karin, et al. Early labour experience questionnaire: Psychometric testing and women's experiences in a Swedish setting. En: *Midwifery*, 2018, vol. 64, pp. 77-84.
- ASRESE, Kerebih. Quality of intrapartum care at health centers in Jabi Tehinan district, North West Ethiopia: Clients' perspective. En: *BMC Health Services Research*. 2020, vol. 20, núm. 1, pp. 439.
- ASTUTI, Marilin Diah; RACHMAWATI, Imami Nur; RAHMAH, Hayuni. Intrapartum care satisfaction at three levels of healthcare facilities in Jakarta. En: *Enfermeria Clínica*. 2019, vol. 29, pp. 402-406.
- AYOUBI, Sedigheh., et al. A questionnaire to assess women's perception of respectful maternity care (WP-RMC): Development and psychometric properties. En: *Midwifery*, 2019, vol. 80.
- BAAS, Carien., et al. Client-Related Factors Associated with a «Less than Good» Experience of Midwifery Care during Childbirth in the Netherlands. En: *Birth*, 2017, vol. 44, núm. 1, pp. 58-67.
- ÇALIK, Klymet Yeşilçiçek; KARABULUTLU, Özlem; YAVUZ, Canan. First do no harm - Interventions during labor and maternal satisfaction: A descriptive cross-sectional study. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018, vol. 18, núm. 1, pp. 415.
- CAMPBELL, Fiona., et al. Mapping reviews, scoping reviews, and evidence and gap maps (EGMs): the same but different—the «Big Picture» review family. En: *Systematic Reviews*. 2023, vol. 12, núm. 1, pp. 1-8.
- CHOE, Seung Ah; CHO, Sung Il; KIM, Hongsoo. Gender gap matters in maternal mortality in low and lower-middle-income countries: A study of the global Gender Gap Index. En: *Global public health*. 2017, vol. 12, núm. 9, pp. 1065-1076.
- CROCKETT, Cailin; COOPER, Bergen. Gender norms as health harms: reclaiming a life course perspective on sexual and reproductive health and rights. En: *Reproductive health matters*. 2016, vol. 24, núm. 48, pp. 6-13.
- DE OLIVEIRA COSTA, Dayana Dourado., et al. Psychometric properties of the hospital birth satisfaction scale: Birth in Brazil survey. En: *Cadernos de Saude Publica*. 2019, vol. 35, núm. 8.
- DONATE-MANZANARES, Miriam., et al. Quality of Childbirth Care in Women undergoing Labour: Satisfaction with Care Received and How It Changes over Time. En: *Journal of Clinical Medicine*. 2019, vol. 8, núm. 4, p. 434.
- FENAROLI, Valentina., et al. The childbirth experience: Obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019, vol. 19, núm. 1, p. 419.

- FLORIS, Lucia., et al. Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland: Comparison of levels of satisfaction. En: *Women and Birth*. 2018, vol. 31, núm. 2, pp. 124-133.
- FUMAGALLI, Simona., et al. Variables related to maternal satisfaction with intrapartum care in Northern Italy. En: *Women and Birth*. 2020, vol. 34, núm. 2, pp. 154-161.
- GAMEDZE-MSHAYISA, Dumsile Innocentia., et al. Factors associated with women's perception of and satisfaction with quality of intrapartum care practices in Swaziland. En: *Midwifery*. 2018, vol. 57, pp. 32-38.
- GASHAYE, Kiros Terefe., et al. Client satisfaction with existing labor and delivery care and associated factors among mothers who gave birth in university of Gondar teaching hospital; Northwest Ethiopia: Institution based cross-sectional study. En: *PLoS ONE*, 2019. vol. 14, núm. 2.
- HAJIZADEH, Khadije., et al. Respectful maternity care and its relationship with childbirth experience in Iranian women: A prospective cohort study. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020, vol. 20, núm. 1, p. 468.
- HENDERSON, Jane; JOMEEN, Julie; REDSHAW, Maggie. Care and self-reported outcomes of care experienced by women with mental health problems in pregnancy: Findings from a national survey. En: *Midwifery*. 2018, vol. 56, pp. 171-178.
- KABO, Jane.. et al. Sociodemographic factors associated with mothers' experiences of psychosocial care and communication by midwives during childbirth in Nairobi, Kenya. En: *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2019, vol. 11, pp. 100-164.
- KEMPE, Per; VIKSTRÖM-BOLIN, Marie. Women's satisfaction with the birthing experience in relation to duration of labour, obstetric interventions and mode of birth. En: *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2020, vol. 246, pp. 156-159.
- LARSON, Elysia, et al. When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. En: *Bulletin of the World Health Organization*. 2019, vol. 97, núm. 8, p. 563.
- LATHROP, Anthony; BONSAK, Carrie F.; HAAS, David. Women's experiences with water birth: A matched groups prospective study. En: *Birth*. 2018, vol. 45, núm. 4, pp. 416-423.
- LAZZERINI, Marzia., et al. Association between maternal satisfaction and other indicators of quality of care at childbirth: a cross-sectional study based on the WHO standards. En: *BMJ open*. 2020, vol. 10, núm. 9.
- MARTINS, Ana Cláudia., et al. Factors associated with a positive childbirth experience in Brazilian women: A cross-sectional study. En: *Women and Birth*. 2021, vol. 34, núm. 4, pp. 337-345.

- MAZÚCHOVÁ, Lucia., et al. Satisfaction of Slovak women with psychosocial aspects of care during childbirth. En: *Midwifery*. 2020, vol. 86.
- MOCUMBI, Sibone., et al. Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: A cross-sectional survey in southern Mozambique. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019, vol. 19, núm. 1.
- MOHAMAD, Fadzilah; LEE, Ping Yein; MAWARDI, Maliza. Maternal Satisfaction Towards Intrapartum Care of Designated Healthcare Facilities and Its Associated Factors Among Postnatal Women Attending Klinik Kesihatan Salak. En: *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*. 2020, vol. 16, núm. 2, pp. 164-172.
- MONTAGU, Dominic., et al. Patient-experience during delivery in public health facilities in Uttar Pradesh, India. En: *Health Policy and Planning*. 2019, vol. 34, núm. 8, pp. 574-581.
- MUKAMURIGO, Judith., et al. Women's childbirth experience emphasizing own capacity and safety: A cross-sectional Rwandan study. En: *Women and Birth*. 2020, vol. 34, núm. 2, pp. 146-152.
- NIEUWENHUIJZE, Marianne; LEAHY-WARREN, Patricia. Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. En: *Midwifery*. 2019, vol. 78, pp. 1-7.
- OKUMU, Clarice; OYUGI, Boniface. Clients' satisfaction with quality of childbirth services: A comparative study between public and private facilities in Limuru Sub-County, Kiambu, Kenya. En: *PLoS ONE*. 2018, vol. 13, núm. 3.
- OTHMAN, Fouzia., et al. Perinatal women's satisfaction with nurses caring behaviours in teaching hospitals in China. En: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2020, vol. 34, núm. 2, pp. 390-400.
- PASSARELLI, Victor C., et al. Satisfaction of adolescent mothers with childbirth care at a public maternity hospital. En: *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2019, vol. 45, núm. 2, pp. 443-449.
- PITTER, Cynthia Pear. Midwives' knowledge and attitudes when encountering Gender-Based Violence in their practice at a maternity hospital in Kingston, Jamaica. En: *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2016, vol. 11, núm. 1.
- ROBINSON, Jennifer, et al. Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment for sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: A systematic review. En: *PLoS ONE*, 2017, vol. 12, núm. 8.
- SRIVASTAVA, Aradhana, et al. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. En: *BMC pregnancy and childbirth*. 2015, vol. 15, núm. 1, pp. 1-15..
- SYED, Shamsuzzoha, et al. Improving the quality of health care across the health system. En: *Bulletin of the World Health Organization*. 2018, vol. 96, núm. 12, p. 799.

- TADELE, Meron, et al. Maternal satisfaction towards childbirth Service in Public Health Facilities at Adama town, Ethiopia. En: *Reproductive Health*, 2020, vol. 17, núm. 1, p. 60.
- TUNÇALP, et al. Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. En: *Bjog*. 2015, vol. 122, núm. 8, p. 1045.
- TURKMEN, Sahruh., et al. Post-partum duration of satisfaction with childbirth. En: *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2018, vol. 44, núm. 12, pp. 2166-2173.
- VAN HAAREN-TEN HAKEN, Tamar., et al. Birth place preferences and women's expectations and experiences regarding duration and pain of labor. En: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2018, vol. 39, núm. 1, pp. 19-28.
- VAN STENUS, Cherelle, et al. Client experiences with perinatal healthcare for high-risk and low-risk women. En: *Women and Birth*. 2018, vol. 31, núm. 6, pp. 380-388.
- ZAMANI, Parisa, et al. The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. En: *Midwifery*, 2019, vol. 75, pp. 146-151.

INTERACCIÓN ENTRE EL EQUIPO DE SALUD Y LAS MUJERES EN SUS EXPERIENCIAS DE PARTO: SCOPING REVIEW

Interacció entre l'equip de salut i les dones en les seves experiències de part: scoping review

Interaction between the Health Care Team and Women in their Birth Experiences: Scoping Review

Jael María Quiroz-Carreño 

María José Cornejo-Moreno 

Jovita Ortiz-Contreras 

Universidad de Chile (*Santiago, Chile*)

Autora correspondencia: Jael Quiroz Carreño

Correo electrónico: jaelquirozc@uchile.cl

Recibido: 18/12//2023

Aceptado: 18/07/2024

Publicado: 30/11/2024



RESUMEN

OBJETIVO. Explorar la influencia de la interacción del profesional sanitario sobre las experiencias de las mujeres que tuvieron una atención de parto institucional bajo el dominio de «experiencia del cuidado» del Marco de Calidad de la Atención para la Salud Materna y Neonatal de la OMS.

MATERIAL Y MÉTODO. Se realizó una *scoping review* mediante la búsqueda en diez bases de datos electrónicas. Se utilizaron los términos «patient satisfaction», «experiences», «satisfaction», «delivery, obstetric», «labor, obstetric», «parturition». Se consideró literatura en inglés y español. Se obtuvo un índice de kappa específico de 0,881 [I.C. 95% entre 0,821-0,942]. Se revisaron 30 documentos de texto completo. **RESULTADOS.** Se identificaron 4 dimensiones emergentes: vínculo relacional cuidador-mujer, autonomía de la mujer, precedentes individuales y valoración de la experiencia. Se mapearon estudios por medio de las dimensiones de la experiencia del cuidado del Marco de Calidad de la Atención de la OMS: comunicación efectiva, respeto y preservación de la dignidad y apoyo emocional. **CONCLUSIONES.** La interacción profesional-mujer es un elemento facilitador de una experiencia positiva cuando los profesionales incorporan en su rol cuidados compasivos y el estímulo a la autonomía. Se debe considerar la salud ocupacional de los profesionales de salud, ya que su reconocimiento permitirá avanzar en la construcción de una mejor experiencia en la atención del parto.

Palabras clave: atención del parto, interacción profesional-paciente, experiencia de parto, profesionales de salud.

RESUM

OBJECTIU. Explorar la influència de la interacció del professional sanitari sobre les experiències de les dones que van tenir una atenció de part institucional sota el domini d'«experiència de la cura» del Marc de Qualitat de l'Atenció per a la Salut Materna i Neonatal de l'OMS. **MATERIAL I MÈTODE.** Es va realitzar una *scoping review* mitjançant la cerca en deu bases de dades electròniques. Es van utilitzar els termes «patient satisfaction», «experiences», «satisfaction», «delivery, obstetric», «labor, obstetric», «parturition». Es va considerar literatura en anglès i espanyol. Es va obtenir un índex de kappa específic de 0,881 [I.C. 95% entre 0,821-0,942]. Es van revisar 30 documents de text complet. **RESULTATS.** Es van identificar 4 dimensions emergents: vincle relacional cuidador-dona, autonomia de la dona, precedents individuals i valoració de l'experiència. Es van rastrejar estudis per mitjà de les dimensions de l'experiència de la cura del Marc de Qualitat de l'Atenció de l'OMS: comunicació efectiva, respecte i preservació de la dignitat i suport emocional. **CONCLUSIONS.** La interacció professional-dona és facilita una experiència positiva quan els professionals incorporen en el seu rol cures basades en la compassió i estimulen l'autonomia. S'ha de considerar la salut ocupacional dels professionals de salut, ja que el seu reconeixement permetrà avançar en la construcció d'una millor experiència d'atenció al part.

Paraules clau: atenció al part, interacció professional-pacient, experiència de part, professionals de la salut.

ABSTRACT

INTRODUCTION. This study aimed to explore the influence of healthcare professionals' interaction on the experiences of women who underwent institutional childbirth within the domain of «care experience» as defined by the World Health Organization's Quality of Care Framework for Maternal and Neonatal Health. **METHODS.** A scoping review was conducted through a search across ten electronic databases. The terms employed included «patient satisfaction», «experiences», «satisfaction», «delivery, obstetric», «labor, obstetric», and «parturition». Literature in both English and Spanish was considered. A specific kappa index of 0.881 was obtained [95% CI between 0.821-0.942]. **RESULTS.** Thirty full-text documents were reviewed, identifying four emerging dimensions: caregiver-woman relational bond, women's autonomy, individual precedents, and assessment of the experience. Studies were mapped according to the dimensions of the care experience outlined in the WHO's Quality of Care Framework: Effective communication, Respect and preservation of dignity, and Emotional support. **CONCLUSIONS.** The healthcare professional-woman interaction emerges as a facilitating element for a positive experience when professionals incorporate compassionate care and encouragement of autonomy into their role. The occupational health of healthcare professionals should be considered, as its acknowledgment will contribute to advancing the development of a better childbirth experience.

Keywords: childbirth care, healthcare professional-patient interaction, childbirth experience, healthcare professionals.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en 2016 los estándares para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en establecimientos de salud, que proporciona una estructura de dos dimensiones de mejora —la provisión y la experiencia de la atención— que deben ser monitoreadas, evaluadas y mejoradas por los sistemas de salud. La provisión de atención incluye el uso de prácticas basadas en la evidencia, sistemas de información procesables y de referencia funcionales, mientras que la experiencia de la atención incluye elementos como la comunicación efectiva, el respeto y preservación de la dignidad, así como acceso a apoyo emocional.

La calidad de atención es un concepto multidimensional que conlleva el uso adecuado de intervenciones clínicas y no clínicas efectivas, contar con una infraestructura de salud fortalecida y un recurso humano con habilidades y actitudes óptimas para la obtención de mejores resultados en salud y experiencias de atención alentadoras (Fatima et al., 2019). Así mismo, la calidad entrelaza la satisfacción del paciente y la experiencia de atención, entrando en una interacción recíproca en la gestión del cuidado.

Por su parte, la satisfacción evalúa la calidad de atención bajo estándares preestablecidos y no alcanza a explorar las experiencias propiamente tal, lo cual podría limitar y dificultar el abordaje del proceso de atención, la identificación de problemáticas y la evaluación de sus prestadores.

Por el contrario, la experiencia es un indicador de proceso y reflejará los aspectos interpersonales de la calidad de atención recibida, haciendo alusión a las interacciones entre el paciente y el sistema de salud (Larson et al., 2019; Tunçalp et al., 2016).

Ante esto, la interacción profesional paciente potencia mejores resultados en salud y, en el contexto de la atención en salud materna, podría tener efectos en el bienestar y experiencia de la mujer (Mannava et al., 2015).

Por esta razón, la presente revisión pretende recoger y explorar la influencia de la interacción de los equipos de salud con las mujeres en sus vivencias de parto bajo el análisis de la dimensión de «experiencia del cuidado» del Marco de Calidad de la Atención para la Salud Materna y Neonatal de la OMS.

METODOLOGÍA

Se trata de una *scoping review*, en base al *Manual for Evidence Synthesis* del Joanna Briggs Institute, que pretende explorar la influencia de la interacción del profesional sanitario sobre las experiencias de las mujeres que tuvieron una atención de parto institucional bajo el dominio de «experiencia del cuidado» del Marco de Calidad de la Atención para la Salud Materna y Neonatal de la OMS.

Para esto, se llevaron a cabo las siguientes etapas: 1. Definición de la pregunta de investigación; 2. Identificación de estudios relevantes; 3. Selección de estudios post hoc; 4. Sistematización de la información para la síntesis e interpretación de la evidencia y 5. Reporte de resultados. Se elaboró un protocolo preliminar en el marco de la tesis de magíster de la investigadora principal. Si bien este documento no se encuentra publicado, puede ser solicitado a la autora.

Se empleó la estrategia del acrónimo «PCC» (Población, Concepto, Contexto) para la formulación de la pregunta: ¿Cómo influye la interacción entre los profesionales sanitarios y las mujeres en situación de parto en sus experiencias del cuidado? (Figura 1).

Figura 1. Descripción de estrategia PCC para la *scoping review*

| | |
|--|--|
| Objetivo principal | Explorar la influencia de la interacción del profesional sanitario sobre las experiencias de las mujeres que tuvieron una atención de parto institucional, según el “Marco de Calidad de la atención para la Salud Materna y Neonatal” de la OMS |
| Componentes de la pregunta de investigación | Población Mujeres que tuvieron un parto |
| | Concepto Interacción profesional paciente en las experiencias del cuidado |
| | Contexto Atención de parto institucional |
| Pregunta de investigación principal | ¿Cómo influye la interacción con los profesionales sanitarios en las experiencias de cuidado de las mujeres en situación de parto institucional? |

Fuente: elaboración propia en base a las recomendaciones del Joanna Briggs Institute

Para la estrategia de búsqueda, se identificaron palabras claves con los componentes de la pregunta de investigación y se diseñaron algoritmos de búsqueda para cada base de datos, entre otras PubMed/MEDLINE, LILACS, Scielo, Embase, Scopus, Taylor&Francis, Scencedirect, Springerlink, EBSCOhost y Social Science Citation Index – ISI Web of Science. Se accedió a ellas mediante el acceso remoto a bases de datos proporcionado por la Universidad de Chile.

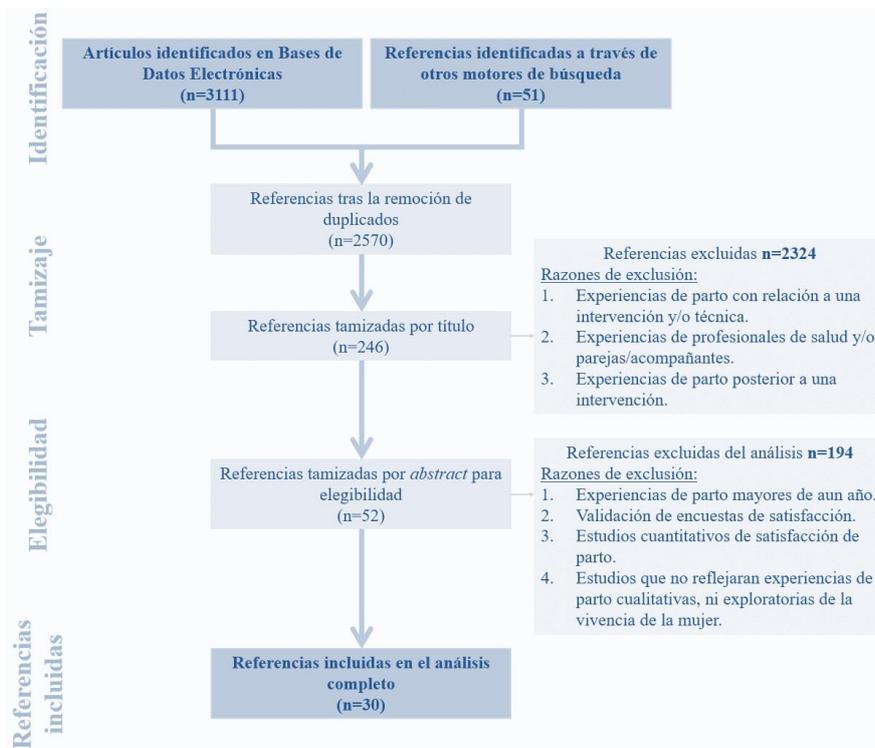
Se consideraron artículos en idioma español o inglés y se limitó la búsqueda entre los años 2016 a 2020, considerando el periodo de inicio concordante con la publicación de los lineamientos de la OMS, y el año de finalización con el inicio de la pandemia SARS-CoV-2. La selección de artículos se realizó en tres etapas: por título, resumen y texto completo.

Para controlar sesgos de publicación, se exploró literatura gris relevante mediante búsquedas en Google y Google Scholar, sitios web de organizaciones no gubernamentales reconocidas, como es el caso de la OMS, y, como tamizaje adicional, se revisaron las listas de referencia de los artículos seleccionados. No se excluyeron artículos en que nos encontramos por dificultad de acceso.

Con el fin de resguardar la confiabilidad interevaluador, se utilizó un índice de kappa específico de 0,881, con un error estándar de 0,031 e I.C. 95% entre 0,821 y 0,942.

De las sintaxis construidas para la búsqueda de evidencia, considerando la relevancia de los conceptos MeSH o DeCS, se seleccionaron 30 documentos obtenidos de 10 bases de datos científicas, como puede observarse en la Figura 2. No hubo exclusión de artículos por dificultad de acceso, ya que se utilizó el acceso remoto a bases de datos, revistas y libros.

Figura 2. Diagrama de flujo PRISMA modificado para *scoping review*



Fuente: elaboración propia

Tras el análisis de relevancia, se obtuvieron 30 documentos para su lectura de texto completo (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de las referencias incluidas en la *scoping review*

| Caracterización de referencias | n | % |
|--|-----------|---------------|
| Año de publicación | | |
| 2020 | 2 | 6,7% |
| 2019 | 8 | 26,7% |
| 2018 | 9 | 30,0% |
| 2017 | 5 | 16,7% |
| 2016 | 6 | 20,0% |
| Total | 30 | 100,0% |
| Lugar de publicación según estados miembros de la OMS | | |
| Brasil, Chile, México, Uruguay y Estados Unidos | 11 | 36,7% |
| Suecia, Noruega, Suiza, Dinamarca e Inglaterra | 8 | 26,7% |
| Medio Oriente, Turquía e Irán | 4 | 13,3% |
| Australia | 1 | 3,3% |
| Sudáfrica, Ruanda, Malawi, Sierra Leona y Kenia | 6 | 20,0% |
| Total | 30 | 100,0% |
| Tipo de artículo | | |
| Cualitativo, descriptivo | 17 | 56,7% |
| Cualitativo, analítico | 3 | 10,0% |
| Mixto | 10 | 33,3% |
| Total | 30 | 100,0% |
| Diseño de recolección de la información | | |
| Entrevista semiestructurada | 16 | 53,3% |
| Entrevistas en profundidad | 3 | 10,0% |
| Grupos focales | 1 | 3,3% |
| Encuestas auto informadas | 1 | 3,3% |
| Otros | 9 | 30,0% |
| Total | 30 | 100 |

Fuente: elaboración propia

Para la sistematización y análisis crítico, se clasificó la información recolectada mediante registro en una tabla de evidencias. Los resultados se presentan en formato narrativo, acompañado de tablas de áreas de medición y subclasificación diseñadas por el equipo de investigación.

Para el control de los principios básicos de la ética de la investigación, se contó con revisiones de pares, registro de todas las búsquedas realizadas y codificación de cada artículo/documento seleccionado en conjunto con la anonimización de estos, para su selección y análisis.

RESULTADOS

El consecuente mapeo de las experiencias se subclasificó según subdimensiones emergentes, además de las dimensiones de la «experiencia del cuidado» según el «Marco de Calidad de la atención de la OMS para la salud Materna y Neonatal»: 1. Comunicación efectiva; 2. Respeto y Preservación de la Dignidad; y 3. Soporte Emocional, tal como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Clasificación e informe de resultados según dimensiones obtenidas en la *scoping review*

| Dimensiones del Marco de Calidad de la atención de la OMS | Dimensiones de experiencias emergentes |
|---|--|
| 1. Comunicación efectiva | 1. Vínculo relacional profesional-paciente |
| 2. Respeto y preservación de la dignidad | 2. Autonomía de la Mujer |
| 3. Apoyo emocional | 3. Precedentes individuales |
| | 4. Valoración de la experiencia |

Fuente: elaboración propia

El tema general que guio la revisión fueron las «experiencias del cuidado» de mujeres en situación de parto. Se mapearon 9 categorías que responden a las dimensiones emergentes de la revisión: vínculo relacional profesional-mujer (categorías identificadas= 1), autonomía de la mujer (categorías identificadas= 3), precedentes individuales (categorías identificadas= 2) y valoración de la experiencia (categorías identificadas= 2). Las dimensiones, categorías, relatos representativos y fuentes de revisión se encuentran resumidos en la Tabla 3.

Tabla 3. Categorías de experiencias identificadas en la *scoping review* según dimensiones emergentes del estudio

| Dimensiones | Categorías identificadas | Fuentes de revisión |
|--|---|--|
| Vínculo relacional cuidador-mujer | Vínculo relacional profesional-mujer | (Borrelli et al., 2016; Mgawadere et al., 2019; Soares et al., 2017; Deliktas Demirci et al., 2019; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Husby, van Duinen, Aune, 2019; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Valdés et al., 2016; Fair et al., 2020) |
| | Empoderamiento de la mujer | (Coates y Henry 2019; Afulani, Kirumbi, y Lyndon, 2017; Borrelli et al., 2016; Bringedal y Aune, 2019; Farías y Gómez, 2018; Hall et al., 2018; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Melo et al., 2016; Sjödin, Rådestad y Zwedberg, 2018; Valdés et al., 2016; Soares et al., 2017) |
| Autonomía de la mujer | Relación poder-conocimiento | (Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Mgawadere et al., 2019; Farías y Gómez, 2018; Coates et al., 2019; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Husby, van Duinen y Aune, 2019; Silva et al., 2018) |
| | Despersonalización del proceso | (Coates y Henry, 2019; Mgawadere et al., 2019; Farías y Gómez, 2018; Coates et al., 2019; Hall et al., 2018; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Mukamurigo et al., 2017; Sabino et al., 2017) |
| Precedentes individuales | Miedo a lo desconocido, al parto e intervenciones | (Borrelli et al., 2016; Coates et al., 2019; Husby, van Duinen y Aune, 2019; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Melo et al., 2016; Mukamurigo et al., 2017; Sabino et al., 2017; Silva et al., 2018; Sjödin, Rådestad y Zwedberg 2018; Souza, Gualda, 2016; Teixeira et al., 2018) |
| | Expectativas del trabajo de parto y parto | (Borrelli et al., 2016; Bringedal, Aune 2019; Hall et al., 2018; Hastings-Tolsma, Nolte, Temane 2018; Kari Glavin 2016; Ledford et al., 2016; Lou et al., 2019; Melo et al., 2016; Souza, Gualda 2016; Fair et al., 2020) |
| Valoración de la experiencia | Romantización inconsciente del sacrificio del cuerpo femenino | (Deliktas Demirci et al., 2019; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Mukamurigo et al., 2017; Giraldo Montoya, 2016; Silva et al., 2018) |
| | Introspección como mecanismo de protección | (Bringedal y Aune, 2019; Sjödin, Rådestad y Zwedberg, 2018) |

Fuente: elaboración propia

DIMENSIONES EMERGENTES

Vínculo relacional profesional-mujer

Las mujeres en su experiencia positiva de parto describieron a un profesional empático, buen oyente, comprensivo, dispuesto a apoyar, y cercano (Borrelli et al., 2016; Dahlberg, 2013). La comunicación y el apoyo anunciaba buenas relaciones interpersonales, facilitando la autoconciencia y la confianza de las mujeres (Mgawadere et al., 2019; Scarton et al., 2015; Soares et al., 2017; Deliktas Demirci et al., 2019; Husby, van Duinen

y Aune, 2019; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Valdés et al., 2016; Fair et al., 2020). La ausencia de este vínculo hacía que el profesional sometiera a las mujeres a su «estilo» de atención (Hastings-Tolsma, Nolte y Temane 2018).

Autonomía de la Mujer

Aborda las experiencias con respecto al desarrollo de su autonomía y cómo los profesionales o bien influyeron en el fomento y protección, o bien neutralizaron la experiencia.

Empoderamiento de la mujer

Implicó que las mujeres tomaran decisiones y responsabilidades (Soares et al., 2017; Sjödin, Rådestad y Zwedberg, 2018). La compañía y el apoyo del profesional ayudó a las mujeres a adquirir fortaleza y control (Borrelli et al., 2016). El sentir control sobre su cuerpo, sentimientos y decisiones ayudó a vivir el parto de forma más placentera, tomando conciencia de sus fortalezas y capacidades (Coates y Henry, 2019; Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Bringedal y Aune, 2019; Farías y Gómez, 2018; Hall et al., 2018; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Melo et al., 2016; Valdés et al., 2016).

Relación poder-conocimiento

En su mayoría y de forma transversal en los artículos, las mujeres se posicionan como receptoras de la atención y no como protagonistas de su proceso, transfiriendo voluntaria y/o involuntariamente el poder de sus acciones y/o comportamientos a una inminente aceptación del conocimiento del profesional. Las mujeres reprimen sus sentimientos y deseos para no «entorpecer», idealizando la atención al no identificar maltrato psicológico y/o físico. Se justifica la violencia institucional, en el entendido de que el personal de salud estaba por encima de ellas en una dinámica de poder asignada por los conocimientos clínicos y teóricos que poseían (Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Mgawadere et al., 2019; Farías y Gómez, 2018; Coates et al., 2019; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Husby, Van Duinen y Aune, 2019; Silva et al., 2018).

Despersonalización del proceso

Algunos artículos identifican las experiencias con una despersonalización cuando los profesionales de salud ignoraron la importancia del parto para la mujer, sus necesidades y hasta su «existencia» (Mukamurigo et al., 2017; Coates et al., 2019; Sabino et al., 2017). El sentimiento aumentó frente a un trato irrespetuoso, falta de información e indiferencia

(Mgawadere et al., 2019; Farías y Gómez, 2018; Hall et al., 2018; Lunda, Minnie y Benadé, 2018). Se presentó ante la ausencia de reconocimiento de la mujer, falta de privacidad y al realizar procedimientos sin previo consentimiento (Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Bayes, Fenwick y Hauck, 2012; Coates et al., 2019).

Precedentes individuales

Tiene relación con la valoración de los antecedentes de la mujer por parte de los profesionales de salud y cómo afectan las actitudes y/o acciones de estos en las experiencias de parto.

Miedo a lo desconocido, al parto e intervenciones

La predisposición de la mujer con miedos como la incapacidad de parir o que algo salga mal desencadenó dudas y ansiedad, cuando no son abordados por alguien que otorgue seguridad en el contexto intrahospitalario (Sjödin, Rådestad y Zwedberg, 2018; Melo et al., 2016). El abordaje de los miedos precedentes permitió que las mujeres experimentaran mejores sentimientos cuando se les dio espacio para conversar y manifestar sus inseguridades (Borrelli et al., 2016; Coates et al., 2019; Husby, van Duinen y Aune, 2019; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Mukamurigo et al., 2017; Sabino et al., 2017; Silva et al., 2018; Souza y Gualda, 2016; Teixeira et al., 2018).

Expectativas del trabajo de parto y parto

Las principales expectativas fueron el deseo de atención centrada en sus necesidades, en donde se sintieran queridas, seguras y acompañadas, bajo la necesidad de un refugio seguro y rodeada de proveedores atentos enfocados en su bienestar emocional y físico (Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018). La forma en que los profesionales abordaron las expectativas y creencias de las mujeres determinó la experiencia de estas (Borrelli et al., 2016; Bringedal y Aune, 2019; Hall et al., 2018; Kari Glavin, 2016; Ledford et al., 2016; Lou et al., 2019; Melo et al., 2016; Souza y Gualda, 2016; Fair et al., 2020).

Valoración de la experiencia

Tiene relación con la valoración final de la experiencia o las consecuencias de esta, vista desde las perspectivas de las mujeres en la interacción profesional-paciente.

Romantización inconsciente del sacrificio del cuerpo femenino

El parto fue un acontecimiento que «valió la pena» y significó alivio, aun cuando experimentaron dolor, fatiga, sed, hambre, soledad y ansiedad, declarándolas como

«gajes del oficio» (Scarton et al., 2015; Giraldo Montoya, 2016). Algunas mujeres ante la pérdida del control interno generaron una sensación de culpa que las llevó a seguir pasivamente las instrucciones del personal de salud, y en instancias justificaron y validaron maltratos. Las mujeres se responsabilizaron y culparon por esperar ser partícipes de su parto, y disculparon y comprendieron el trato «fuerte», es decir, justificaron y subvaloraron el maltrato (Silva et al., 2018; Mukamurigo et al., 2017; Deliktas Demirci et al., 2019; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018).

Introspección como mecanismo de protección

Algunas mujeres describieron sentirse introvertidas durante el parto, es decir, se protegieron de los alrededores para centrarse en el parto cuando no evidenciaron un apoyo emocional adecuado o que respondiese a sus necesidades.

A su vez, relataron que ante la ausencia del profesional de salud y/o abandono, ya sea por razones actitudinales o sobrecarga laboral, la mujer utilizó mecanismos de protección para poder sobrellevar el parto, no solo ante la falta de una contención o alivio del dolor, sino que también en la omisión de información o comunicación (Bringedal y Aune, 2019; Sjödin, Rådestad y Zwedberg, 2018).

DIMENSIONES DE LA «EXPERIENCIA DEL CUIDADO» EN EL MARCO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA OMS

Se mapearon 13 categorías que respondían a las dimensiones de comunicación efectiva (categorías identificadas= 5), respeto y preservación de la dignidad (categorías identificadas= 4) y apoyo emocional (categorías identificadas= 4). Las dimensiones, categorías, relatos representativos y fuentes de revisión se encuentran resumidos en la Tabla 4.

Tabla 4. Categorías de experiencias identificadas en la *scoping review* según dimensiones de la «experiencia del cuidado» del Marco de Calidad de la Atención de la OMS

| Categorías identificadas | | Fuentes de revisión |
|--|--|---|
| Comunicación efectiva | Más allá de la entrega de información | (Borrelli et al., 2016; Soares et al., 2017; Bringedal, Aune 2019; Downe et al., 2018; Coates et al., 2019; Giraldo Montoya 2016; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Lunda, Minnie, Benadé 2018; Mukamurigo et al., 2017; Teixeira et al., 2018; Valdés et al., 2016; Farías y Gómez, 2018; Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Sabino et al., 2017; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Lou et al., 2019; Hussein et al., 2018; Mgawadere et al., 2019) |
| | Adaptación y pertinencia cultural | (Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Deliktas Demirci et al., 2019; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Husby, van Duinen y Aune, 2019; Kari Glavin, 2016; Fair et al., 2020) |
| Respeto y preservación de la dignidad | Protección y/o vulneración de derechos de la mujer | (Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Borrelli et al., 2016; Soares et al., 2017; Deliktas Demirci et al., 2019; Farías y Gómez, 2018; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Hussein et al., 2018; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Mukamurigo et al., 2017; Sabino et al., 2017; Souza y Gualda, 2016; Teixeira et al., 2018; Silva et al., 2018; Molina et al., 2019) |
| | Privacidad | (Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Mgawadere et al., 2019; Soares et al., 2017; Deliktas Demirci et al., 2019; Coates et al., 2019; Hall et al., 2018; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Hussein et al., 2018; Fair et al., 2020; Husby, van Duinen y Aune 2019) |
| Apoyo emocional | Acompañamiento y apoyo directo e individual | (Hall et al., 2018; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Husby, van Duinen y Aune, 2019; Ledford et al., 2016; Molina et al., 2019; Silva et al., 2018; Teixeira et al., 2018; Valdés et al., 2016; Bohren et al., 2019) |
| | Continuidad de la atención | (Borrelli et al., 2016; Bringedal y Aune, 2019; Lou et al., 2019; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Fair et al., 2020) |

Fuente: elaboración propia

Comunicación efectiva

La interacción del personal de salud y la mujer en el ámbito comunicacional se posicionó en algunos artículos como un mecanismo de «control» para las mujeres, es decir, un mecanismo para llegar a la calma por medio de la comprensión de los pasos a seguir y el conocimiento de su situación.

Más allá de la entrega de información

Una comunicación deficiente empañó las experiencias de las mujeres, inundándolas con sentimientos de vulnerabilidad, soledad, incompreensión, angustia, desorientación y despreocupación por su bienestar por parte de los profesionales de salud, impidiendo la toma de decisiones (Farías y Gómez, 2018; Soares et al., 2017; Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Mukamurigo et al., 2017; Sabino et al., 2017; Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Lou et al., 2019; Hussein et al., 2018; Mgawadere et al., 2019). A diferencia de lo anterior, se mostró que la comunicación y la escucha activa se caracterizaron por fortalecer el empoderamiento de la mujer, además de catalogarlo como

un evento tranquilizador (Borrelli et al., 2016; Soares et al., 2017; Bringedal y Aune, 2019; Downe et al., 2018; Coates et al., 2019; Giraldo Montoya, 2016; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Teixeira et al., 2018; Valdés et al., 2016).

Adaptación y pertinencia cultural

Para la comunicación efectiva, se necesitaron una adaptación y pertinencia cultural adecuada, ya sea desde ámbitos religiosos, culturales o sociales, respetando sus decisiones, miedos y expectativas (Hastings-Tolsma, Nolte, Temane 2018; Afulani, Kirumbi, Lyndon 2017; Deliktas Demirci et al., 2019; Husby, van Duinen, Aune 2019). Un artículo describió las experiencias de mujeres migrantes somalíes, y mostró que las dificultades del lenguaje significaron que muchas veces las mujeres no recibieran información necesaria, llevándolas a sentirse abandonadas, incomprendidas y no obteniendo la ayuda que necesitaban (Kari Glavin, 2016; Fair et al., 2020).

Respeto y preservación de la dignidad

Atención respetuosa, que mantenga la dignidad, privacidad y confidencialidad, asegurando integridad física y trato adecuado, permitiendo la toma de decisiones y a su vez recibiendo apoyo.

Protección y/o vulneración de derechos de la mujer

La literatura seleccionada mostró que la defensa de los derechos de la mujer por parte de los profesionales de salud garantizó la participación y autonomía de esta en la toma de decisiones en el parto (Soares et al., 2017; Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Borrelli et al., 2016; Molina et al., 2019).

Por el contrario, la vulneración de derechos se caracterizó por sentimientos de tristeza, ansiedad, angustia, y miedo (Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Farías y Gómez, 2018; Mukamurigo et al., 2017; Teixeira et al., 2018; Souza y Gualda, 2016; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Hussein et al., 2018; Sabino et al., 2017; Deliktas Demirci et al., 2019).

Se mostró que la mayoría de los estudios informaron que las mujeres eran irrespetadas y maltratadas durante la atención, describiendo abuso físico y verbal durante el parto, generando sentimientos y experiencias de miedo, vergüenza, tristeza, inseguridad, desconfianza, e impotencia, resultando en una inminente experiencia negativa (Hussein et al., 2018; Silva et al., 2018), quedando la protección de los derechos de la mujer a

voluntad de los profesionales de la salud. (Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Sabino et al., 2017).

Privacidad

Los espacios de privacidad se experimentaron como positivos (Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018; Soares et al., 2017; Hall et al., 2018; Mgawadere et al., 2019). Las manifestaciones de atención indigna fueron explícitas al referirse a la falta de privacidad y exposición física innecesaria durante los exámenes por parte de los profesionales, o cuando fueron expuestas a otras mujeres, familiares y/o al personal de salud o de limpieza (Afulani, Kirumbi y Lyndon, 2017; Hussein et al., 2018; Deliktas Demirci et al., 2019). La sensación de estar rodeadas de desconocidos fomentó la sensación de inseguridad, miedo y abandono, y que la compañía de sus familiares no podía ser placentera si no tenían privacidad para experimentar cercanía (Coates et al., 2019; Hall et al., 2018; Fair et al., 2020; Husby, van Duinen y Aune, 2019).

Apoyo emocional

Se conceptualiza como «acompañamiento durante el parto» y se recomienda que el acompañante pueda ser cualquier persona elegida por la mujer para esta tarea.

Acompañamiento y apoyo directo e individual

El apoyo directo por el personal de salud evitó la manifestación del miedo, caracterizándose como una instancia positiva donde se sintieron cómodas y alentadas, siempre y cuando existiese un vínculo de cercanía con el profesional que las acompañó (Teixeira et al., 2018; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Hall et al., 2018). Cuando esta conexión se veía interrumpida, las mujeres experimentaron alienación y soledad, contribuyendo a emociones negativas como la angustia (Hall et al., 2018; Lunda, Minnie y Benadé, 2018; Larson et al., 2019; Bohren et al., 2019). Las mujeres experimentaron una rápida caída emocional entre sentimientos de frustración e incapacidad, pero lo más importante y que generó «explosiones de energía» fue el apoyo continuo del profesional a su lado, quienes confiaron en su capacidad de parir y atribuyeron las deficiencias de la atención como falta de personal disponible (Hastings-Tolsma, Nolte y Temane, 2018).

Continuidad de la atención

La presencia continua del personal de salud que proporcionó apoyo instauró una sensación de seguridad que ayudó a mantener la concentración, especialmente cuando el profesional fue compasivo, cariñoso, dedicado y sociable (Borrelli et al., 2016; Lunda,

Minnie y Benadé, 2018; Lou et al., 2019; Fair et al., 2020; Bringedal y Aune, 2019). Los cambios de personal generaron falta de continuidad a lo cual las mujeres experimentaron agotamiento y frustración (Lou et al., 2019).

DISCUSIÓN

Se expone la relevancia que tuvo para las mujeres la interacción con los profesionales de salud en sus experiencias de parto. Las experiencias muestran que las mujeres desean ser validadas, acompañadas y contenidas por los profesionales de salud, aun contando con la presencia de sus acompañantes significativos. La compañía y cercanía se experimentó de forma positiva (Hussein et al., 2018; Sigurðardóttir et al., 2019).

El reconocimiento y participación en la toma de decisiones en salud parecen tener una clara imparcialidad de género y estar fuertemente ligados a la jerarquización del poder en las instituciones sanitarias (Robinson et al., 2017). Podrían asociarse a una concepción histórica en que el cuerpo de la mujer realiza solo un «trabajo reproductivo» (Díaz y Reveles, 2022; Bedoya-Ruiz, Agudelo-Suárez y Restrepo-Ochoa, 2020; Sadler et al., 2016), que puede verse por encima la valoración de sus derechos orientados a la protección de la libertad y autonomía, dejando de lado el goce y disfrute de toda instancia respectiva a la salud sexual y reproductiva de esta, es decir, subvalorando el impacto de la experiencia a corto y largo plazo.

Dentro de los aspectos generales, los resultados sugieren que las experiencias de las mujeres fueron variables y estarían comandadas por las características de cada centro asistencial, del personal de salud y del avance en la transición de un modelo biomédico a uno centrado en las necesidades. Uno de los factores de mayor relevancia fue la sobrecarga laboral del personal de salud, que confluyó en un malestar general al momento de la atención. En este sentido, los profesionales de salud son más propensos a desarrollar estrés laboral y agotamiento debidos a los desequilibrios emocionales y físicos que conlleva su trabajo (Kobayashi et al., 2020), exacerbados muchas veces por recursos humanos y físicos limitados y escasos (Suleiman-Martos et al., 2020).

Se ha documentado que los profesionales de salud están expuestos a violencia y discriminación social y jerárquica en sus lugares de trabajo, que muchas veces son ejercidas por otros proveedores de salud de mayor jerarquía, pudiendo desencadenar agotamiento y ansiedad (Kobayashi et al., 2020). Estos factores de malestar acarrearán una disminución de la productividad, peores resultados en la atención y malos tratos,

replicando las conductas violentas (Doherty y O'Brien, 2022) e influyendo en las experiencias. Es por esto por lo que estas conductas deben ser visibilizadas y analizadas desde aspectos estructurales de la violencia, ya que se incorporan a los patrones sociales y se reproducen provocando desigualdades (Suleiman-Martos et al., 2020; Sidhu et al., 2020; Bedoya-Ruiz, Agudelo-Suárez y Restrepo-Ochoa, 2020).

Otro factor fue la percepción sobre los centros asistenciales, que por una parte representaron confianza y seguridad, debido a la disposición de tecnología necesaria ante emergencias (Downe et al., 2018) y, por otra parte, sensaciones de inseguridad, soledad y confusión. Estos sentimientos de inseguridad pudieron verse reflejados por el ajetreado quehacer asistencial, la infraestructura hospitalaria y los protocolos de atención.

El ambiente del parto tiene impacto en las experiencias físicas, psicológicas y en su desarrollo fisiológico (Stark, Remyense y Zwelling, 2016; Lorentzen et al., 2019). Se ha descrito que, en general, en los ambientes hospitalarios, las mujeres interactúan de manera pasiva (Mondy et al., 2016), generando una disminución del poder, decisiones y privacidad. El rol de la confianza puede ser relevada como un ente protector, toda vez que se establezca un vínculo entre la mujer y el profesional.

Estudios reportaron que la calidad, experiencia y seguridad de la atención tienen relación con el empoderamiento profesional, y que este se relacionará en la capacidad de influir y acompañar en la atención, lo que podría eliminar el distanciamiento y miedo. La construcción de un vínculo se basa en las cualidades que debe tener y desarrollar un profesional calificado, que se enlazan con una atención compasiva, que incluye el reconocimiento y la respuesta al sufrimiento de otra persona, convirtiéndolos en emociones, motivaciones y comportamientos (Menage et al., 2020; Landers et al., 2020; Krausé, Minnie y Coetzee, 2020).

Se requieren espacios de decisión en la atención en salud (O'Brien, Butler y Casey, 2021; Shareef et al., 2023), en donde la mujer tome las decisiones sobre su cuerpo fomentando su autonomía, eliminando instancias de atención autoritaria, impersonal y fría, ya que no fomentan la participación, información y decisión (Villarme y Kelly 2020). Esta relación asimétrica se caracteriza por la incapacidad de reconocer a las mujeres como sujetos de derecho con plena facultad en la toma de decisiones (O'Brien, Butler y Casey, 2021; Shareef et al., 2023). Esta discusión es compleja, dado que estos patrones suelen ser reproducciones de las estructuras de poder, manifestaciones de agotamiento del personal, falta de concienciación y despreocupación biopsicosocial de la

mujer. A estas conductas se les puede conocer como violencia estructural, violencia de género y violencia obstétrica.

Como otro punto importante, pareciera que tanto la participación como el empoderamiento están supeditadas a la voluntad de cada profesional (Khosla et al., 2016). Impresiona que los profesionales de salud continúan considerando que la mujer no puede tomar decisiones por sí sola (Villarme y Kelly, 2020).

Las estructuras de dominación y desigualdad rodean ampliamente a la mujer por el género, que se posiciona como un determinante importante que se suma a la rígida jerarquización de la relación profesional-paciente (Sadler et al., 2016). De este modo, los resultados muestran que la mujer le entrega el poder sobre su cuerpo involuntariamente al profesional de salud por ser catalogado como «poseedor» del conocimiento. A los profesionales de salud culturalmente se les ha asignado un estatus privilegiado (Maung et al., 2020), donde muchas veces se ven impuestas perspectivas e ideas, en vez de establecer diálogos facilitadores y comprensivos.

Los estudios seleccionados identificaron que las mujeres experimentaron una separación de su cuerpo cuando no establecieron vínculos sin considerar su integralidad, sentimientos, miedos y expectativas. Se trata de un aspecto común en el discurso biomédico, que evalúa a la mujer en términos de sus capacidades sexuales y reproductivas, y su cuerpo es un instrumento para la obtención de resultados (Sadler et al., 2016).

Por otra parte, fue posible mapear las dimensiones de comunicación efectiva, respeto y preservación de la dignidad y apoyo emocional. Los resultados en todo el estudio fueron congruentes con el Marco de Calidad de la atención OMS para la Salud Materna y Neonatal (Tunçalp et al., 2016). La dimensión de respeto y preservación de la dignidad tuvo un papel como herramienta motivacional en la interacción profesional-mujer. No obstante, se ha descrito que más de un tercio de mujeres sufrieron malos tratos en el parto, siendo más vulnerables a ser violentadas las menos educadas y las más jóvenes (Bohren et al., 2019).

El apoyo emocional, al igual que la comunicación efectiva, es una herramienta en la relación profesional-paciente, que, desde la perspectiva de la mujer, se convierte en una necesidad, y, desde la mirada del profesional se convierte en una estrategia para responder a estas. Así mismo, el apoyo también dependerá de la respuesta a los miedos, expectativas

y requerimientos. La habilidad de los profesionales para consensuar en la atención entre valores y los factores biológicos fue la capacidad de adaptación a las necesidades de la mujer.

Finalmente, la valoración de la experiencia en la relación profesional-paciente tuvo un gran componente social y cultural en el «merecer» una mala experiencia o la aceptación de los malos tratos durante la atención. Este punto tiene relación con la prevalencia de una mala o baja calidad de atención, donde las mujeres son conocedoras de los espacios violentos en el sistema de salud y parecen no esperar una buena calidad de atención ni una buena experiencia durante el parto.

CONCLUSIONES

Se identificaron una amplia gama de estudios referentes a experiencias en la atención durante el parto, los cuales evidenciaron que las experiencias estarán influenciadas por las expectativas, la relación con los profesionales de salud y la infraestructura en la que se desenvuelve. Las mujeres desean una experiencia de parto positiva que supere sus expectativas y se adapte a sus necesidades. En este sentido, la relación con los proveedores de salud es ampliamente relevante.

Tomando en consideración los resultados, se recomienda considerar los siguientes aspectos para obtener una mejor experiencia en el parto:

1. Que, para un empoderamiento pleno, se debe comprender el parto como un proceso en el cual confluyen diversos determinantes. Por lo que se deben generar políticas públicas y proyectos de ley cuyo enfoque sea erradicar la violencia obstétrica.
2. Sin embargo, a su vez, se requiere desnaturalizar prácticas violentas por parte de los profesionales de la salud por medio de capacitación constante en el Marco de Calidad de la Atención para la Salud Materna y Neonatal de la OMS y a través de las instituciones formadoras, las cuales deben avanzar a un modelo de aprendizaje no jerarquizado, promoviendo a su vez habilidades emocionales y trato compasivo para la prevención del maltrato y violencia obstétrica.
3. Así mismo, las instituciones de salud deben promover la salud ocupacional de sus profesionales, teniendo en cuenta que cuando los trabajadores se desempeñan bajo

condiciones laborales adecuadas, serán más propensos a otorgar una atención de calidad.

4. Se deben evaluar contantemente las experiencias de las mujeres como un indicador de proceso, abordando la relación con el profesional, la infraestructura y el cumplimiento o valoración de las expectativas.

Finalmente, la relación profesional-paciente debe ser objeto de investigación por su rol como factor crucial en la experiencia del parto. Se debe poner de relieve la creciente preocupación por la salud ocupacional de los profesionales de salud, comprendiendo que su reconocimiento permitirá avanzar en la construcción de una mejor experiencia. En consecuencia, los tomadores de decisiones deben asumir el desafío de establecer normativas y protocolos para la evaluación y monitorización de sistemas de salud culturalmente pertinentes, con enfoque de género y determinantes sociales, con la finalidad de resguardar un cuidado e interacción profesional paciente compasivo y confianza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFULANI, Patience A.; KIRUMBI, Leah; LYNDON, Audrey. What makes or mars the facility-based childbirth experience: Thematic analysis of women's childbirth experiences in western Kenya. En: *Reproductive Health*. 2017, vol. 14, núm. 1, pp. 1-13.
- BAYES, Sara; FENWICK, Jennifer; HAUCK, Yvonne. «Off everyone's radar»: Australian women's experiences of medically necessary elective caesarean section. En: *Midwifery*. 2012, vol. 28, núm. 6, pp. e900-e909.
- BEDOYA-RUIZ, Libia A.; AGUDELO-SUÁREZ, Andrés A.; RESTREPO-OCHOA, Diego A. Women in pregnancy, delivery, and postpartum: A look from the feminist point of view. En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2020, vol. 37, núm. 1, pp. 142-147.
- BOHREN, Meghan A., et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. En: *The Lancet*. 2019, vol. 394, núm. 10210, pp. 1750-1763.
- BORRELLI, Sara E., et al. The kaleidoscopic midwife : A conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth . A grounded theory study. En: *Midwifery*. 2016, vol. 39, pp. 103-111.
- BRINGEDAL, Hilde; AUNE, Ingvild. Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth. En: *Midwifery*. 2019, vol. 77, pp. 123-129.
- COATES, Dominiek; HENRY, Amanda. Women's experiences and satisfaction with having a cesarean birth: An integrative review. En: *Birth*. 2019, pp. 1-14.
- COATES, Rose et al. Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. En: *Midwifery*. 2019, vol. 69, pp. 17-28.
- DAHLBERG, Unn; AUNE, Ingvild. The woman's birth experience — The effect of interpersonal relationships and continuity of care. En: *Midwifery*. 2013, vol. 29, núm. 4, pp. 407-415.
- DELIKTAS DEMIRCI, Ayse et al. «I want a birth without interventions»: Women's childbirth experiences from Turkey. En: *Women and Birth*. 2019, vol. 32, núm. 6, pp. e515-e522.
- DÍAZ, Zayra Yadira Morales; REVELES, Irma Lorena Acosta. Fronteras y horizontes del debate feminista sobre el trabajo reproductivo. En: *Redes. Revista de Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*. 2022, vol. 28, núm. 55.
- DOHERTY, Jean; O'BRIEN, Denise. Reducing midwife burnout at organisational level — Midwives need time, space and a positive work-place culture. En: *Women and Birth*. 2022, vol. 35, núm. 6, pp. e563-e572.
- DOWNE, Soo, et al. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. En: *PLoS ONE*. 2018, vol. 13, núm. 4, pp. 1-17.

- FAIR, Frankie, et al. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. En: *PLoS ONE*. 2020, vol. 15, núm. 2, pp. 1-26.
- FARÍAS, Carolina; GÓMEZ, Alejandra López. Experiencia de mujeres con cesárea en Uruguay: el derecho a estar acompañada por una persona de su elección y las dificultades en su cumplimiento. En: *Cadernos de Saude Publica*. 2018, vol. 34, núm. 1, pp. 1-11.
- FATIMA, Iram, et al. Dimensions of service quality in healthcare: A systematic review of literature. En: *International Journal for Quality in Health Care*. 2019, vol. 31, núm. 1, pp. 11-29.
- GIRALDO MONTOYA, Dora Isabel. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. En: *Avances en Enfermería*. 2016, vol. 33, núm. 2, pp. 271-281.
- HALL, Priscilla J., et al. Keeping it together and falling apart: Women's dynamic experience of birth. *Midwifery*. 2018, vol. 58, pp. 130-136.
- HASTINGS-TOLSMA, Marie; NOLTE, Anna G.W.; TEMANE, Annie. Birth stories from South Africa: Voices unheard. En: *Women and Birth*. 2018, vol. 31, núm. 1, pp. e42-e50.
- HOSSEINI TABAGHDEHI, Monirolsadate, et al. Positive childbirth experience: A qualitative study. En: *Nursing Open*. 2020, vol. 7, pp. 1-6.
- HUSBY, Anne E.; VAN DUINEN, Alex J.; AUNE, Ingvild. Caesarean birth experiences. A qualitative study from Sierra Leone. En: *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2019, vol. 21, pp. 87-94.
- HUSSEIN, Suha Abed Almajeed Abdallah, et al. Women's experiences of childbirth in Middle Eastern countries: A narrative review. En: *Midwifery*. 2018, vol. 59, pp. 100-111.
- KARI GLAVIN, Berit. Cultural Diversity in Perinatal Care: Somali New Mothers' Experiences with Health Care in Norway. En: *Health Science Journal*. 2016, pp. 1-9.
- KHOSLA, Rajat, et al. International human rights and the mistreatment of women during childbirth. En: *Health and Human Rights*. 2016, vol. 18, núm. 2, pp. 131-143.
- KOBAYASHI, Yudai, et al. Workplace Violence and Its Effects on Burnout and Secondary Traumatic Stress among Mental Healthcare Nurses in Japan. En: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, vol. 17, núm. 18, pp. 27-47,
- KRAUSÉ, Samantha Salome, MINNIE, Catharina Susanna; COETZEE, Siedine Knobloch. The characteristics of compassionate care during childbirth according to midwives: a qualitative descriptive inquiry. En: *BMC pregnancy and childbirth*. 2020, vol. 20, núm. 1.

- LANDERS, Margaret, et al. Nurses' and midwives' views of the «Leaders for Compassionate Care Program»: A qualitative analysis. En: *Collegian*. 2020, vol. 27, núm. 1, pp. 2-10.
- LARSON, Elysia, et al. When the patient is the expert: Measuring patient experience and satisfaction with care. En: *Bulletin of the World Health Organization*. 2019, vol. 97, núm. 8, pp. 563-569.
- LEDFORD, Christy J.W., et al. Influence of provider communication on women's delivery expectations and birth experience appraisal: A qualitative study. En: *Family Medicine*. 2016, vol. 48, núm. 7, pp. 523-531.
- LORENTZEN, Iben, et al. Study protocol for a randomised trial evaluating the effect of a «birth environment room» versus a standard labour room on birth outcomes and the birth experience. En: *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2019, vol. 14.
- LOU, Stina et al. Women's experiences of post term induction of labor: A systematic review of qualitative studies. En: *Birth*. 2019, vol. 46, núm. 3, pp. 400-410.
- LUNDA, Petronellah; MINNIE, Catharina Susanna; BENADÉ, Petronella. Women's experiences of continuous support during childbirth: A meta-synthesis. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018, vol. 18, núm. 1, pp. 1-11.
- MANNAVA, P., et al. Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: A systematic review. En: *Globalization and Health*. 2015, vol. 11, núm. 1, pp. 1-17.
- MAUNG, Thae Maung, et al.. A qualitative study on acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Myanmar. En: *Reproductive health*. 2020, vol. 17, núm. 1.
- MELO, Danúzia da Silva Albuquerque, et al. Woman's Perception on Childbirth Care. En: *Journal of Nursing UFPE On Line*. 2016, vol. 10, núm. 2, pp. 814-820.
- MENAGE, Diane et al. Women's lived experience of compassionate midwifery: Human and professional. En: *Midwifery*. 2020, vol. 85.
- MGAWADERE, Florence, et al. «There is no time for knowing each other»: Quality of care during childbirth in a low resource setting. En: *Midwifery*. 2019, vol. 75, pp. 33-40.
- MOLINA, Rose L. et al. Delivery practices and care experience during implementation of an adapted safe childbirth checklist and respectful care program in Chiapas, Mexico. En: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2019, vol. 145, núm. 1, pp. 101-109.
- MONDY, T. et al. How domesticity dictates behaviour in the birth space: Lessons for designing birth environments in institutions wanting to promote a positive experience of birth. En: *Midwifery*. 2016, vol. 43, pp. 37-47.
- MUKAMURIGO, Judith, et al. The meaning of a poor childbirth experience – A qualitative phenomenological study with women in Rwanda. En: *PloS one*. 2017, vol. 12, núm. 12, pp. 1-13.

- O'BRIEN, Denise; BUTLER, Michelle M.; CASEY, Mary. The importance of nurturing trusting relationships to embed shared decision-making during pregnancy and childbirth. En: *Midwifery*. 2021, vol. 98, p. 102987.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities*. Ginebra: 2016. Disponible en: www.who.int/publications/i/item/9789241511216
- ROBINSON, Jennifer L., et al. Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment for sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: A systematic review. En: *PLoS ONE*. 2017, vol. 12, núm. 8.
- SABINO, Vanessa Gomes da Rocha Silva, et al. Perception of Puerperae on the Assistance Received during Childbirth. En: *Journal of Nursing UFPE on line*. 2017, vol. 11, núm. 10, pp. 3913-3919.
- 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.
- SCARTON, Juliane, et al. «It was worth it when I saw his face»: experiences of primiparous women during natural childbirth. En: *Revista gaúcha de enfermagem/EENFUFGRS*. 2015, vol. 36, pp. 143-151.
- SHAREEF, Naaz, et al., 2023. The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women in maternity care: A scoping review. En: *Women and Birth*. 2023, vol. 36, núm. 4, pp. 327-333.
- SIDHU, Rawel, et al. Prevalence of and factors associated with burnout in midwifery: A scoping review. En: *European journal of midwifery*. 2020, vol. 4.
- SIGURÐARDÓTTIR, Valgerður Lísa et al. Processing birth experiences: A content analysis of women's preferences. En: *Midwifery*. 2019, vol. 69, pp. 29-38.
- SILVA, Rafaela Camila Freitas da, et al., 2018. The satisfaction of the normal delivery : finding oneself. En: *Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS*. 2018, vol. 39, p. e20170218.
- SJÖDIN, Marie; RÅDESTAD, Ingela; ZWEDBERG, Sofia. A qualitative study showing women's participation and empowerment in instrumental vaginal births. En: *Women and Birth*. 2018, vol. 31, núm. 3, pp. e185-e189.
- SOARES, Yndiara Kássia da Cunha et al. Satisfaction Of Puerperal Women Attended In A Normal Birth. En: *Journal of Nursing UFPE on line*. 2017, vol. 11, núm. 11, pp. 4563-4573.
- SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. En: *Texto e Contexto Enfermagem*. 2016, vol. 25, núm. 1, pp. 1-9.

- STARK, Mary Ann; REMYNSE, Marshe; ZWELLING, Elaine. Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. En: *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2016, vol. 45, núm. 2, pp. 285-294.
- SULEIMAN-MARTOS, Nora, et al. Prevalence and Predictors of Burnout in Midwives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, vol. 17, núm. 2, p. 641.
- TEIXEIRA, Selma Villas Boas, et al. Experiences on the childbirth process: antagonism between desire and fear / Vivências no processo de parturição: antagonismo entre o desejo e o medo. En: *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2018, vol. 10, núm. 4, p. 1103.
- TUNÇALP, O., et al. Quality of care for pregnant women and newborns - The WHO vision. En: *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2016, vol. 123, núm. 1, p. 145.
- VALDÉS, Carla, et al. Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto, en el contexto del modelo de atención personalizada en Chile. En: *Matronas Profesion*. 2016, vol. 17, núm. 2, pp. 62-69.
- VILLARMEA, Stella; KELLY, Brenda. Barriers to establishing shared decision-making in childbirth: Unveiling epistemic stereotypes about women in labour. En: *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2020, vol. 26, núm. 2, pp. 515-519.

FACTORES DE ESTRÉS ACADÉMICO EN MUJERES ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Factors d'estrès acadèmic en dones estudiants del Grau en Infermeria
Academic Stress Factors in Female Students of the Bachelor's Degree in Nursing

CÉSAR-GUILLERMO LORA-VELARDE 

Centro de Estudios Universitarios de Baja California (*Rosarito, Baja California, México*)

ROSA MARÍA MEDA ANAYA

Instituto Mexicano de Sexología (*Ciudad de México, D.F., México*)

JOSÉ ALEJANDRO GARCÍA GALVÁN

Colegio de la Frontera Norte (*Tijuana, Baja California, México*)

Autor correspondencia: César Guillermo Lora Velarde

Correo electrónico: dr.cesarlora77@hotmail.com

Recibido: 25/11/2023

Aceptado: 19/04/2024

Publicado: 30/11/2024



RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El estrés es un trastorno que causa daños físicos y psicológicos en la mayoría de las personas, y puede ser generado no solo por aspectos emocionales sino por demandas de carácter social y amenazas del entorno del individuo que requieren capacidad de adaptación y de respuesta rápida frente a los problemas. **OBJETIVOS.** En este sentido, se presenta una investigación cuyo objetivo fue identificar y describir el nivel de estrés existente en las estudiantes del nivel superior de la Universidad Autónoma de Baja California. **MATERIAL Y MÉTODO.** El alcance de la investigación es de tipo descriptivo y no experimental, de corte transversal, con enfoque cuantitativo. La muestra objeto de estudio fueron 272 mujeres estudiantes distribuidas en ocho semestres de la carrera de Enfermería, quienes suministraron la información a través del instrumento de evaluación del inventario SISCO con 5 opciones de respuesta estilo escala Likert. **RESULTADOS.** Los resultados señalan que el nivel de estrés académico tiene una relación significativa e inversa, es decir, a mayor nivel de estrés menor desempeño académico y viceversa. **CONCLUSIONES.** Las estudiantes presentaron niveles de estrés muy alto, y los de mayor presencia fueron relacionados con el paso de los semestres. Tal situación se manifestó por el enfrentamiento y por las emociones de sí mismas y de los demás, para reflexionar de forma activa sobre las prácticas personales, aspecto notable para la formación de criterio en las estudiantes del nivel superior en la localidad de Tijuana, Baja California, México.

Palabras clave: estrés académico, estudiantes, desempeño académico.

RESUM

INTRODUCCIÓ. L'estrès és un trastorn que causa danys físics i psicològics en la majoria de les persones que poden ser generats no només per aspectes emocionals sinó també per demandes de caràcter social i amenaces de l'entorn de l'individu que requereixen de capacitat d'adaptació i de resposta ràpida enfront dels problemes. **OBJECTIUS.** En aquest sentit, es presenta una recerca l'objectiu de la qual va ser identificar i descriure el nivell d'estrès existent en les estudiants del nivell superior de la Universitat Autònoma de Baixa Califòrnia. **MATERIAL I MÈTODE.** L'abast de la recerca és de tipus descriptiu i no experimental, de tall transversal, amb enfocament quantitatiu. La mostra objecte d'estudi van ser 272 dones estudiants distribuïdes en vuit semestres de la carrera d'Infermeria, que van subministrar la informació a través de l'instrument d'avaluació de l'inventari SISCO amb 5 opcions de resposta estil escala Likert. **RESULTATS.** Els resultats assenyalen que el nivell d'estrès acadèmic té una relació significativa i inversa, és a dir, a major nivell d'estrès menor grau d'assoliment acadèmic i viceversa. **CONCLUSIONS.** Les estudiants van presentar nivells d'estrès molt alt i els de major presència van ser relacionats amb l'avanç dels semestres. Tal situació es va manifestar per l'enfrontament i per les emocions d'elles mateixes i dels altres, per a reflexionar en forma activa sobre les pràctiques personals, aspecte notable per a la formació de criteri en les estudiants del nivell superior en la localitat de Tijuana, Baixa Califòrnia, Mèxic.

Paraules clau: estrès acadèmic, estudiants, rendiment acadèmic.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Stress is a disorder that causes physical and psychological damage in most people, it can be generated not only by emotional aspects but by demands of a social nature and threats from the individual's environment that require the ability to adapt and respond quickly to problems. **OBJECTIVE.** In this sense, the goal of this research was to identify and describe the level of stress existing in the students of the higher level of the Autonomous University of Baja California. **MATERIAL AND METHODS.** The scope of the research is descriptive and non-experimental, cross-sectional, and with a quantitative approach. The sample under study consisted of 272 female students distributed in eight semesters of the bachelor's degree in Nursing, who provided the information through the SISCO inventory evaluation instrument with 5 Likert scale style response options. **RESULTS.** The results indicate that the level of academic stress has a significant and inverse relationship, that is, the higher the level of stress, the lower the academic performance, and vice versa. **CONCLUSIONS.** The students presented very high levels of stress and those with the greatest presence were related to the progression of the semesters. This situation was manifested by the confrontation and emotions of themselves and others, to reflect actively on personal practices, a remarkable aspect for the formation of criteria in students of the higher level in the town of Tijuana, Baja California, Mexico.

Keywords: academic stress, students, academic performance.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, todo proceso educativo en general, y en particular dentro de las áreas de salud, generan, además de una fuerte carga de teoría, necesaria en el desarrollo de conocimiento, un desgaste físico y mental considerable dentro de la etapa de formación académica. Condiciones que acentúan, principalmente en el caso de las estudiantes, **un nivel de estrés** que en los últimos años se ha incrementado especialmente en poblaciones de jóvenes y adolescentes y, en concreto, en el ámbito universitario. Al respecto, Rábade (en Viveros, 2015) explica que un sujeto de conocimiento se enfrenta a la realidad integralmente con todo lo que es y trata de desanudar el mundo y los sentidos que en él subyacen, ya sean materiales o espirituales. Estos sentidos son generados no solo por aspectos emocionales, sino por demandas de carácter social constantes y sistemáticas a las que son sometidos, particularmente sobre su actuación, pertinencia, oportunidad y amenazas del entorno que le transmiten el compromiso implícito para aprobar sus ciclos lectivos durante la formación académica (Escobar Zurita et al., 2018). Este escenario no es privativo de lo que enfrentan las estudiantes del nivel superior. Algunos estudios (Barrios et al., 2016; Gómez Cortés et al., 2015; Sáez G. et al., 2013) destacan la problemática del estrés en este tipo de estudiantes, aspectos donde reside el tema central de la investigación.

En este sentido, dentro de la literatura se han abierto diversas vertientes tendientes al estudio del estrés en las mujeres estudiantes del nivel superior, identificando un conjunto de investigaciones encaminadas en el ámbito académico. Para lo cual se ubican datos en investigaciones relacionadas con el estrés de los estudiantes en algunas de las carreras en el área de la salud; «odontología, medicina, veterinaria, biología y psicología, encontrándose que las alumnos reportaron problemas académicos de moderados a severos», identificando el número de actividades realizadas, la situación sentimental, el área de conocimiento, la carga académica, las horas dedicadas a su persona y el compaginar trabajo y estudios hacen evidente el estrés «como un estado persistente de sobre activación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración». (Soria-Trujano, Ávila-Ramos y Morales-Pérez, 2015; Castillo-Pimienta, Chacón de la Cruz y Díaz-Véliz, 2016; Tijerina-González, et al., 2018).

Dentro del mismo contexto, Toribio-Ferrer y Franco-Bárcenas coinciden, con algunos trabajos referenciados con el estrés académico, como el estudio realizado en la

Universidad del Papaloapan, México, señalando que «los periodos de exámenes, sobrecarga académica, la enseñanza centrada en la memorización, las exigencias de algunas materias, entre otros cuando se obtienen resultados no satisfactorios» (2016, p. 12). Al respecto, Soria-Trujano, et. al (2014, p. 48) comparten que las alumnas con profesiones en el área de las ciencias de la salud viven un estrés permanente, «además de aprobar asignaturas de índole teórica, deben cubrir créditos de trabajo práctico aplicando conocimientos en situaciones reales», ya que el ingreso a la universidad representa un conjunto de situaciones altamente estresantes. En este sentido, añaden Castillo-Ávila, et. al. (2018, p. 2) que la alta prevalencia de estrés está correlacionada con algunos malestares «asociados a dolores de cabeza, mareos, problemas digestivos, agotamiento, problemas con el sueño y cansancio emocional, entre otros la mala o nula concentración».

Es importante señalar que la educación superior representa el punto más alto de estrés académico y para las profesionales de enfermería no es ajeno, ya que, en el ámbito laboral, se «enfrentan a situaciones como la enfermedad, el sufrimiento, el dolor y la muerte», siendo una «diferencia» marcada con otras licenciaturas (Muvdi-Muvdi et al., 2021). Adicionalmente, el trabajo de Silva-Ramos et al. (2019, p. 27) destaca «el estrés como el comienzo de una serie de enfermedades y aunque no es la causa directa de las mismas, con frecuencia contribuye a su desarrollo», como un mecanismo de adaptación a partir de la capacidad que tienen las estudiantes para desarrollarse psicológicamente con normalidad, a pesar de vivir en contextos de riesgo. Asimismo, Terrazas, Velázquez-Castro y Testón-Franco hacen un aporte conceptual del estrés académico como «un proceso sistémico interno del individuo que se caracteriza por ser adaptativo y psicológico y que precisamente se desarrolla en el campo de la educación», aunque en algunos casos refieren que el «estrés académico es un proceso multifactorial complejo que alcanza sus grados más elevados a nivel universitario y que para realizar intervenciones efectivas, necesita de instrumentos válidos y fiables para medirlo» (2022, p. 136). En congruencia con lo anterior, el estudio de Jurado-Botina et. al (2021, p. 9) lleva a cabo una revisión de la literatura científica sobre el estrés académico en estudiantes universitarios en Iberoamérica, mostrando las múltiples concepciones del estrés aplicadas a contextos académicos, incluyendo aquellos que no dejan en claro el campo de conocimiento teórico y lo conciben como «un proceso adaptativo, de carácter fisiológico, psicológico que experimenta una persona que está en periodo de aprendizaje desde los grados preescolares hasta la educación universitaria de postgrado» (Barraza-Macias, 2006; Berrio y Mazo,

2011; Lazarus y Folkman, 1986; Perdomo-España, Cerquera-Dueñas y Campos Quintero, 2019). Sin embargo, cabe destacar la postura de Gutiérrez Huby y Amador Murguía al clasificar los significados del estrés y el estrés académico como parte de las conclusiones en una revisión de la literatura, donde sostienen el «estrés como un problema de salud mental que se presenta en todos los ambientes (incluido el educativo) y el cual es considerado como un factor grave generador de diversas patologías» (2016, p. 28). Cabe referir conforme lo descrito que el «estrés académico es un tópico relativamente nuevo que se encuentra aún en profunda averiguación debido a que se han ido conociendo recién algunos resultados de investigaciones sobre los estresores que afectan al alumnado».

Es en este matiz que la investigación tomó como objetivos específicos la identificación de los factores estresantes y la descripción de los efectos que produce el estrés entre las estudiantes de la Licenciatura en Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, incorporada a la Universidad Autónoma de Baja California en la ciudad de Tijuana, Baja California, México. Bajo esta premisa, la definición del estrés académico para Barraza es «aquel que padecen los alumnos de educación superior y que tiene como fuente exclusivo a estresores relacionados con las actividades a desarrollar en el ámbito escolar» (2005, p. 16). Aunado a lo anterior. Román-Collazo y Hernández-Rodríguez concluyen «la reformulación de un nuevo concepto permitirá la articulación teórico-metodológica para su diagnóstico e intervención y con ello lograr el cambio adaptativo necesario de los estudiantes en el entorno educativo» (2011, p. 11). En consecuencia, comprender dichos elementos permitirá enfrentar situaciones de gran responsabilidad en la formación académica de las estudiantes de Enfermería.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Escenario

La Escuela de Enfermería Incorporada a la UABC, ubicada en la ciudad de Tijuana, Baja California, México, está conformada por **284 estudiantes mujeres** ubicadas en ocho semestres distribuidos entre el turno matutino y vespertino, en un rango de edad que varía entre los 18 y 39 años.

Diseño y tipo de estudio

El estudio tomo como base un **diseño no experimental**, sin intervención por parte del investigador; de corte cuantitativo, enmarcado en un esquema deductivo y lógico porque

intenta acercarse a la realidad; descriptivo, ya que se reseñan las características del fenómeno objeto de estudio relacionado con las estudiantes de Enfermería; y transversal, porque los datos fueron recolectados en los meses de septiembre a noviembre de 2021 (Hernández et al., 2014).

Muestra

El estudio se enmarco en una **muestra** no probabilística, representada por **272 mujeres** estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, cuyos elementos fueron escogidos con base en criterios o juicios preestablecidos (Palella y Matins, 2006) En este sentido, los criterios de inclusión toman como base mujeres estudiantes matriculadas durante el año académico, de forma regular y que firmaron previo consentimiento informado. Por su parte, los criterios de exclusión, dejan fuera **12 mujeres** estudiantes que no cumplieron con lo previsto. En cuanto a la operacionalización de la **variable del estrés**, surge como un recurso metodológico que permitió acceder a la información de la realidad y registrar lo observado (Cohen y Gómez 2019), como se observa en la Tabla 1:

Tabla 1. Operacionalización de la variable

| VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR |
|---|---------------------------|---|
| ESTRÉS Robles y Peralta (2010) menciona que el estrés es una respuesta fisiológica, psicología y conductual de un individuo a cualquier cambio en el ambiente (estresor) para adaptarse a él. Mediante esta respuesta, nuestro organismo se prepara para hacer frente a la nueva situación | Estrés y ansiedad | Presenta trastornos físicos con frecuencia |
| | Efectos físicos | |
| | Efectos psicológicas | Presenta nerviosismo, ansiedad ante un problema. |
| | Efectos de comportamiento | Presenta agresividad y pasividad ante un estímulo |
| Efectos de enfrentamiento | | |

Fuente: Elaboración propia del estudio

Unidad de Análisis

Se constituye por el material empírico registrado del estrés académico, que presentan las mujeres estudiantes y un cuerpo teórico, a través del cual se llevan a cabo inferencias, de la literatura especializada, derivadas de escenarios estresantes, reacciones físicas, psicológicas y de enfrentamiento, respectivamente, para el análisis y manejo de los datos (Hernández et al., 2014).

Instrumentos de recolección de datos y medición

Por su parte, un instrumento es cualquier recurso que utiliza el investigador para acercarse a los fenómenos objetos de estudio y extraer información de ellos. En cuanto a los instrumentos para el acopio de los datos, Palella y Matins, (2006) explican que la encuesta se considera en primera instancia como una técnica cuya finalidad es la de obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida.

Desde esta perspectiva, el instrumento de evaluación que se utilizó fue el inventario SISCO (Barraza-Macías, 2008), que tiene como objetivo principal reconocer las características del estrés que suele acompañar a las estudiantes de educación media superior, superior y posgrado durante sus estudios. Presenta una confiabilidad por mitades de 0.87 y un índice Alfa de Cronbach de 0.90 niveles, que pueden ser valorados como elevados (Hernández et al., 2014).

El inventario SISCO de Barraza-Macías (2008) está integrado por 26 ítems distribuidos en los siguientes factores: a) situaciones estresantes, b) efectos fisiológicos y c) estrategias de enfrentamiento. El primero revisa un conjunto de situaciones que en el ámbito escolar pueden ser detonadores de estrés, mientras que el segundo factor recupera la ocurrencia y presencia de reacciones físicas, psicológicas y comportamentales. Respecto al tercer factor, se centra en buscar e identificar la recurrencia hacia acciones tendientes a la búsqueda de afrontamiento de las situaciones estresantes susceptibles de ser empleadas por parte de los estudiantes para superar las dificultades registradas en su trayecto académico derivadas del estrés.

Administración del instrumento

Teniendo en cuenta las exigencias del proyecto, se solicitó el permiso de la dirección del plantel de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California, conforme la carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación —adultos—, protegiendo la identidad de cada participante. Se solicitó a la directora proporcionar una base de datos del número total de estudiantes por cada semestre. En este sentido, el instrumento se autoadministró por medio de una encuesta electrónica, utilizando el formulario Google, la cual se difundió a los correos personales, con un tiempo de aplicación de hasta 25 minutos para determinar el estado

de la problemática en la institución seleccionada y de esta forma lograr recuperar cada una de las respuestas que permitieron identificar el problema.

Estrategias de Análisis

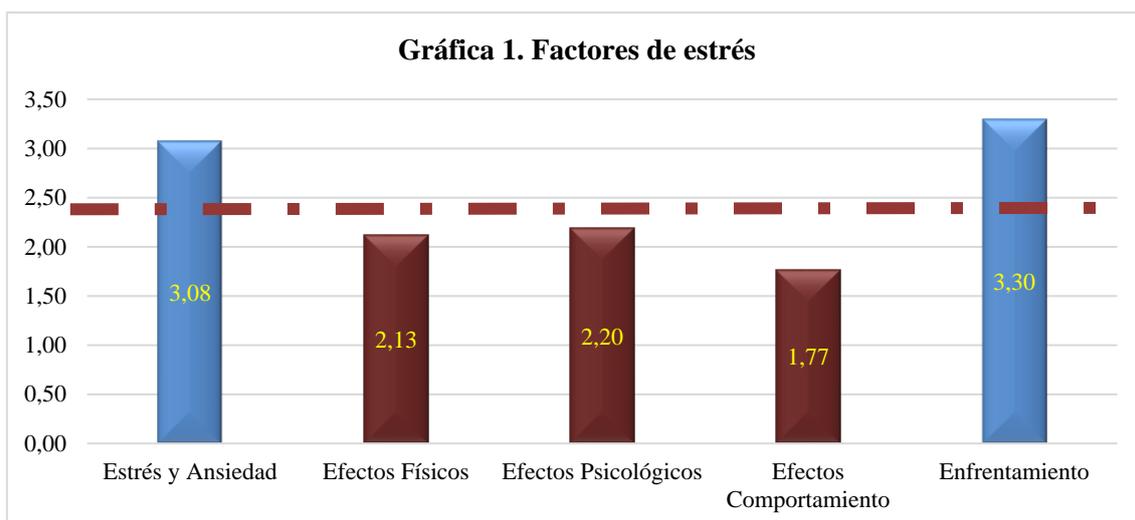
Para dar respuesta al objetivo del estudio se procedió a tabular en hojas de cálculo Microsoft Excel 2013 los cuestionarios aplicados en su respectiva matriz de datos de las unidades muestrales, mediante estadística descriptiva, por medio del paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 26.0 para Windows, a través de porcentajes y medidas de tendencia central. Para comparar los promedios (mujeres y semestres) de los factores de estrés (físicos, psicológicos, comportamentales y enfrentamiento) relacionados con la edad y el estado civil.

RESULTADOS

Análisis de los factores de estrés de las mujeres

Para cada uno de los factores de estrés de las estudiantes de Enfermería, se calculó la media de los puntajes obtenidos en cada semestre como se muestran en la Gráfica 1 y Tabla 2, respectivamente.

Se puede observar como el puntaje del *factor de enfrentamiento* (3.08) se ubicó por encima del *promedio general* (2.49), considerado como bajo, el cual refiere la capacidad del sujeto para realizar actividades que le permitan hacer frente a los problemas que se acontecen y que, además, indica una valoración de nivel medio, pese a ser el que mayor puntaje obtuvo en promedio respecto de todos las estudiantes. De igual forma, el *factor de eventos estresantes y ansiedad* se ubicó también por encima del nivel promedio, aunque en un nivel calificado como medio (3.08). Dicho factor hace referencia a la activación del estrés y/o la ansiedad ante cierto tipo de eventos a los que las estudiantes se enfrentan en sus actividades escolares. Resulta notorio que, pese a que el nivel de estrés promedio referido es medio, los factores asociados a las respuestas de tipo fisiológicos son los que observan niveles más bajos de estrés, por lo que inciden de forma positiva en los niveles de estrés general.



Fuente: elaboración propia del estudio

Los resultados obtenidos por el *factor de respuesta psicológica* (2.20) resultaron ser adecuados, ya que refieren el bajo grado de respuesta ante situaciones inquietantes, sentimientos de tristeza o depresión, ansiedad, angustia o desesperación, que repercutan en problemas de concentración o memoria. De igual forma, el *factor de respuestas físicas* presentó una valoración adecuada (2.13) y de nivel bajo, respecto de la presencia de reacciones como trastornos de sueño, fatiga, problemas digestivos, somnolencia o tics como el rascarse o morderse las uñas, ante situaciones de conflicto que refieran estrés. Situación semejante al puntaje obtenido por el *factor de efectos en el comportamiento* (1.77), el cual, además de preferir una muy buena capacidad de control por parte de las estudiantes, indica una muy baja reacción respecto de efectos del estrés en el comportamiento, referidos por tendencias hacia la confrontación, la polémica o la discusión, el aislamiento, la desganancia, el ausentismo o los trastornos de la alimentación. Si evaluamos los resultados de las estadísticas descriptivas, se pueden observar en la Tabla 2 los factores que atribuyeron valores inferiores al puntaje del promedio obtenido por el estrés.

Por otro lado, se observa una variación mayor en el factor de los efectos psicológicos, lo cual refiere una mayor variabilidad en la capacidad de las estudiantes para el control de sus emociones, a diferencia del puntaje alcanzado por el factor de enfrentamiento, al cual se le atribuye comparativamente menor capacidad de reacción para la adopción de procesos o actividades para afrontar situaciones de conflicto. Los resultados obtenidos de los factores de estresores y ansiedad, efectos psicológicos y enfrentamiento presentaron los mayores puntajes en la amplitud del rango (4.00), lo que refiere una mayor polarización en el puntaje individual de las estudiantes con respecto a estos tres factores.

Tabla 2. Estadísticas descriptivas de los factores de estrés

| <i>Estadísticos</i> | <i>Estresores y Ansiedad</i> | <i>Efectos Físicos</i> | <i>Efectos Psicológicos</i> | <i>Efectos Comportamiento</i> | <i>Enfrentamiento</i> | <i>Estrés</i> |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------|
| Media | 3.08 | 2.13 | 2.20 | 1.77 | 3.30 | 2.49 |
| Error típico | 0.07 | 0.07 | 0.08 | 0.07 | 0.06 | 0.05 |
| Mediana | 3.11 | 2.00 | 2.00 | 1.40 | 3.38 | 2.38 |
| Moda | 2.56 | 2.00 | 1.00 | 1.00 | 3.50 | 2.49 |
| Desviación estándar | 0.85 | 0.83 | 0.98 | 0.78 | 0.65 | 0.62 |
| Varianza de la muestra | 0.73 | 0.68 | 0.96 | 0.61 | 0.42 | 0.39 |
| Curtosis | 0.36 | 0.47 | 0.28 | 0.28 | 1.36 | 0.35 |
| Coefficiente de asimetría | 0.14 | 0.63 | 0.68 | 0.80 | 0.26 | 0.46 |
| Rango | 4.00 | 3.47 | 4.00 | 3.20 | 4.00 | 2.99 |
| Mínimo | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Máximo | 5.00 | 4.47 | 5.00 | 4.20 | 5.00 | 3.99 |
| Cuenta | 134 | 134 | 134 | 134 | 134 | 134 |

Fuente: elaboración propia del estudio

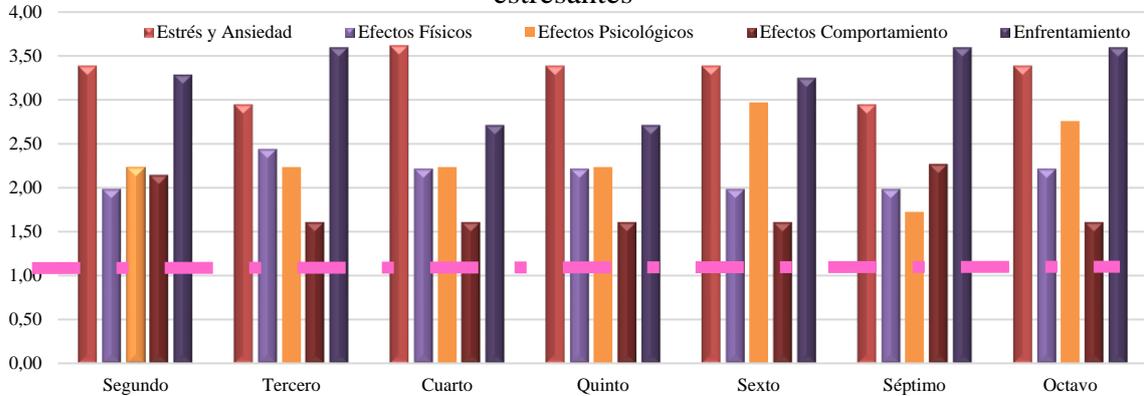
Al analizar el comportamiento de los factores del estrés de las estudiantes, podemos advertir que uno de los aspectos principales que se observan en la Tabla 2 es que el puntaje de estrés alcanzado por las mujeres (2.56) se registra en un nivel relativamente bajo. Los factores de las situaciones estresantes y de ansiedad, así como de la capacidad de enfrentamiento a situaciones adversas, presentaron un puntaje de nivel medio y por encima de la media. Por lo tanto, los factores asociados a los efectos fisiológicos (físicos, psicológicos y comportamentales) muestran valores de nivel bajo y muy bajo, lo cual resulta positivo para las estudiantes, ya que ello refiere poco impacto en estos ante situaciones problemáticas y adversas.

Factores del estrés entre semestres

La comparación entre los resultados registrados para cada uno de los factores del estrés, con respecto de los diferentes semestres que registraron las estudiantes dentro de la carrera de enfermería, se puede apreciar en la gráfica 2, en términos generales, que el trayecto intersemestral de los puntajes no se observan algunas diferencias en el comportamiento de los factores del estrés entre los diferentes grupos de estudiantes de cada semestre lectivo; sin embargo, sólo en el caso del sexto y octavo semestre el factor de los efectos psicológicos incrementa su valor por encima del promedio general, aspecto

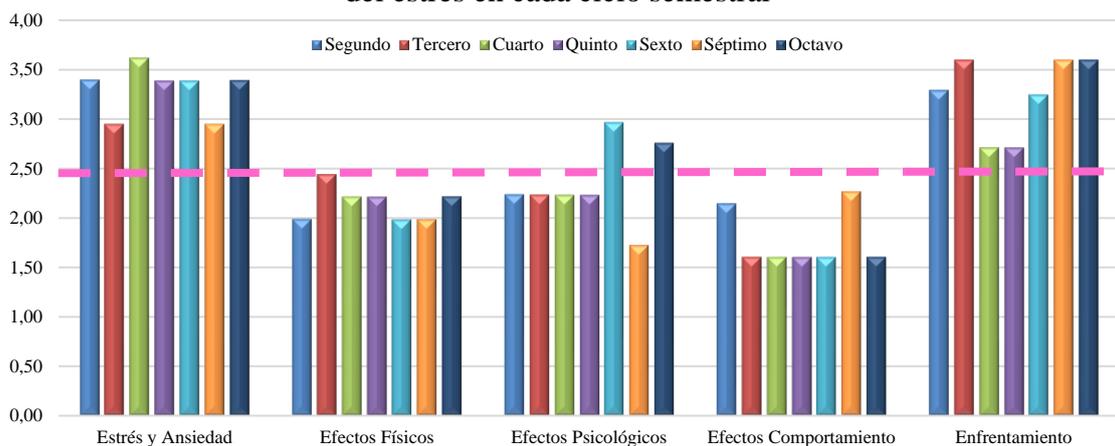
que se pudiera asociar a la fase de las prácticas clínicas dentro de la formación de las estudiantes.

Gráfica 2. Comparación intersemestral de los puntajes de los factores estresantes



Fuente: elaboración propia del estudio

Gráfica 3. Comparación de puntajes de los factores del estrés en cada ciclo semestral



Fuente: elaboración propia del estudio

Por otro lado, si comparamos los cambios de cada factor con respecto del ciclo semestral de la carrera, podemos advertir en la Gráfica 3 que en algunos casos no se mantienen relativamente en el mismo umbral como en el caso de los efectos ante el cambio de comportamiento. Solo en el segundo y séptimo semestre se observan incrementos en su puntaje que lo hacen ascender de un nivel muy bajo a uno bajo.

El factor de situaciones de estresantes y de ansiedad presenta un comportamiento oscilante entre los niveles bajo y medio, aunque siempre por encima del puntaje del promedio general de estrés, lo cual resulta comprensible ante los cambios de dinámicas dentro de cada semestre lectivo. Otro aspecto interesante es el comportamiento del factor

de enfrentamiento hacia situaciones adversas, el cual presumiblemente se puede asumir que responde al grado de complejidad en el proceso formativo de la carrera, el cual se hace más riguroso y pesado al inicio y final de la carrera, donde se advierten los niveles más elevados de los puntajes alcanzados. Esta situación es algo semejante al comportamiento observable en el factor de los efectos psicológicos, que se agudizan en los semestres sexto y octavo, relacionados con las actividades clínicas y finales de la carrera.

Tomando como base la revisión realizada donde el centro de discusión se cierne en la búsqueda del entendimiento de las características del estrés académico, particularmente en estudiantes de enfermería, se hace evidente la multiplicidad de factores que intervienen en ello, lo cual podría asumirse que en teoría se observa un comportamiento inverso, es decir, a mayores niveles de estrés, menores serán los niveles de estrés observables en su desempeño académico.

DISCUSIÓN

Al abordar el grado de estrés académico, las estudiantes de la Licenciatura en Enfermería muestran niveles con un bajo grado de respuesta en los factores de efectos en el comportamiento con 1.77 asociados a la discusión permanente, provocando con ello problemas de concentración o memoria, y de respuestas físicas 2.13, traducidos en trastornos del sueño emociones, tristeza o depresión, angustia y en algunos casos con aumento o reducción en la dieta alimenticia. En este contexto, Ramírez et al. comparten datos de un estudio que evaluó los niveles de estrés por sexo en la Universidad del Pacífico Privada en el año 2013, los cuales reportan que el comportamiento registró una media de 2.63 (2015, p. 213), marcando niveles elevados de estrés, resultados que coinciden con el estudio realizado en esta investigación.

Respecto a la edad promedio relacionada con el estrés, los hallazgos del estudio mostraron que las estudiantes mujeres entre 18 y 39 años mantienen un estrés alto del 67.44%, medio del 22.48% y bajo 0.78%. Un dato importante es que un 58.14% del grupo de solteras mostraron un estrés alto; el 25.68%, medio y 0.78%, bajo, lo que hace evidente que la sobrecarga académica, las evaluaciones con sensibles efectos a nivel conductual, cognitivo y fisiológico-emocional y el tiempo limitado para cumplir con los quehaceres personales, las tareas y trabajos académicas generan una doble exigencia por la responsabilidad que se adquiere en la licenciatura (Jerez-Mendoza y Oyarzo-Barría, 2015). Algunos resultados

similares se reportan en una investigación realizada en alumnos de una Universidad de Colombia en la que se encontró que las estudiantes de Medicina muestran niveles significativos de estrés muy similares (Lemos, Henao Pérez y López Medina, 2018).

La información mencionada concuerda con las revisiones de Llorente Pérez et al. , quienes afirman que el ingreso a una carrera universitaria trae consigo una serie de retos que ponen a prueba la personalidad del individuo, «específicamente el área de la salud requiere el logro de competencias praxiológicas, actitudinales y de conocimiento» (2019, p. 7), prioritarios para brindar un cuidado a otras personas. Oro et al. (2015) confirman lo anterior al hablar sobre la importancia de la afectación psicosocial de los estudiantes del área de la salud, derivada de su enfrentamiento a situaciones estresantes que incluso pueden rayar en el *burnout*, como producto del desgaste físico, emocional y mental propiciado por «el dolor emocional, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte». Aun y cuando «la mayoría de las personas asocian el estrés con experiencias desagradables e incómodas, sin embargo, el estrés, en sí mismo, no es destructivo», comenta Marín Laredo (2015) en estudio no experimental, correlacional, descriptivo y transversal con una muestra de 900 estudiantes de la salud en el estado de Michoacán, México.

Uno de los aspectos de singular atención fue el grado de estrés reportado en las mujeres que registraon menos enfrentamientos, aunque en algunos estudios expresan que el «estrés aparece como un fenomeno frecuente en los estudiantes del área de la salud especialmente en mujeres». Lo anterior justifica el desarrollo de la presente investigación al encontrar que en los valores obtenidos en las mujeres casadas el índice de estrés es de los más elevados registrándose un 75% alto y 25% medio, tal y como expresa el estudio de Jerez-Mendoza y Oyarzo-Barría, (2015, p. 150). De forma similar, la revisión de la literatura de Perdono-España, Cerquera-Dueñas y Campos Quintero (2019, p. 38) indica que estos eventos son más frecuentes, «estadísticamente hablando, más del 70% de la población que manifestó estrés entre la población estudiantil pertenece al género femenino». Otro trabajo realizado por Valdez-López et. al (2022) obtuvo datos que señalan que entre las estudiantes solteras, sin hijos, que no trabajan, de primer semestre y las que no acuden a ninguna práctica clínica, la mayoría presenta niveles de estrés moderado. Sin embargo, un estudio de Muvdi-Muvdi et al. (2021, p. 8) revela que el foco de atención se encuentra ubicado en el grupo etario de los hombres, los cuales muestran «mayores niveles de estrés en comparación con las mujeres y a medida que aumenta la edad estos niveles disminuyen». A ello se agregan la transición de la educación como un trayecto obligado, los cambios propios del ciclo de vida, consecuencias

del estrés que en algunos casos llevan hacia la deserción escolar, el rezago educativo e incluso la reprobación de los estudiantes en el nivel superior (Suárez-Montes y Díaz-Subieta, 2015).

Fue posible identificar que el estrés como problemática relacionada con las estudiantes de la Licenciatura en Enfermería es muy variada debido a las exigencias propias de la carrera y que tiene que ver con algunos factores, provenientes del entorno institucional y educativo, que se agudizan con el paso de los semestres; en el tercero con un 23%, alto, 12% medio y 2% bajo; en el quinto 18% alto, 6% medio; en el séptimo 14% alto y 4% medio, respectivamente, conforme lo muestra las medias en la Tabla 1 ($M= 3.38$), que en su mayoría son relacionados con el enfrentamiento, componente del inventario, SISCO. En este contexto un estudio realizado por Silva-Ramos, López-Cocotle y Meza-Zamora, (2020), con estudiantes de educación superior y posgrado, coincide con los resultados observados en los datos de la investigación al mencionar la existencia de factores estresantes que pueden ser evidentes por la particularidad de cada estudiante incluso por edad, semestre, sexo, estado civil, entre otros, los cuales pueden ser percibidos de forma diferente, lo que indica que su respuesta a los estímulos estresantes en algunos casos se deriva de cuestiones personales y hasta cierto punto subjetivas y que, en muchos casos, son el origen de la deserción del estudiante o su reprobación, por no contar con los recursos individuales para soportar la presión y el desgaste físico, psicológico, emocional, entre otros.

La principal limitación de este trabajo fue no tener acceso directo a las estudiantes de la Licenciatura en Enfermería debido a la contingencia de la Pandemia Sars-CoV-2, lo que impidió poder observar sus gestos y expresiones y evitar con ello algunos sesgos propios de los estudios de corte cuantitativo. En el mismo sentido, el área de oportunidad encontrada durante la investigación es el tamaño de la muestra, el acceso a la institución y el uso de la información para otros estudios relacionados con el nivel de estrés en estudiantes en otras carreras afines a la salud.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Realizar otras investigaciones incorporando características sociodemográficas y de interés, como la condición económica; el lugar de origen; el tipo de institución escolar de la cual provienen las estudiantes e indicadores relacionados con otras variables de estudio como resiliencia, clima familiar, depresión, rendimiento académico, entre otros; periodo y prácticas clínicas, turno o servicio o el estilo de la práctica de los docentes en la escuela hospital, entre otros.

Tener otra mirada de la investigación como una oportunidad para reconocer los enunciados vigentes y contribuir a la validez de las nuevas propuestas teóricas sobre la formación de los estudiantes de enfermería como el fenómeno a partir de una realidad presente, en el nivel superior, tomando en cuenta que las estudiantes de enfermería se enfrentan a situaciones que generan estrés, por el sistema de aprendizaje híbrido, durante el desempeño académico, como una forma de abordar la realidad.

Finalmente, conviene ampliar este mismo estudio en otros ámbitos académicos, con diseños que evidencien la preparación previa del estudiante antes de iniciar la carrera, y el seguimiento en forma individualizada, para disminuir los factores de estrés académico en las Instituciones de Educación Superior en general, y en particular con la Licenciatura de Enfermería en el contexto de la ciudad de Tijuana, Baja California, México

CONCLUSIÓN

Cabe precisar que el estrés académico tiene varios enfoques de abordaje desde el trayecto académico, el cual trae consigo una serie de situaciones (concentración, aislamiento, agresividad) propias de la responsabilidad adquirida en cada uno de los semestres, hasta aquellos que están implícitos en lo biológico y sistémico, sobre todo entre 21 a 25 años, lo cual no favorece, las cuestiones personales, profesionales y académicos, para ser modificadas por las propias estudiantes de la Licenciatura en Enfermería en la ciudad de Tijuana, Baja California, en este sentido se recomienda

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Manuela del Carmen Sánchez Humaran por su aportación y colaboración en el presente escrito, en Tijuana, Baja California.

Al Doctor Alejandro García Galván por su revisión de la investigación y por sus valiosas sugerencias, en Tijuana, Baja California.

A la Licenciada en Enfermería Erika Yazmín Robles Saavedra. Directora. Por las facilidades de aplicar el proyecto, en Tijuana, Baja California.

A las estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la UABC, por la disposición de participar en el proyecto, en Tijuana, Baja California.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVAREZ-SILVA, Luis Antonio; GALLEGOS-LUNA, Roberto Medardo; HERRERA-LÓPEZ, Pablo Samuel. Estrés académico en estudiantes de Tecnología Superior. En: *Universitas*. 2018, vol. 28, pp. 193-209.
- ANGEL-LAINEZ, Joel Leonardo, MUENTES-LOOR, Angie Daniela, CHOEZ-MAGALLANES, et al. Estrés académico y salud mental en estudiantes universitarios en el área de la salud. En: *Polo del Conocimiento*. 2020, vol. 5, núm. 6, pp. 750-761.
- BARRAZA-MACÍAS, Arturo. El estrés académico de los alumnos de Educación Media Superior. En: *Memoria electrónica del VIII Congreso Nacional de Investigación Educativa*. Hermosillo, México: COMIE, 2005.
- BARRAZA-MACÍAS, Arturo. Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. En: *Rev. Electrónica Psico Iztacala*. 2007, vol. 9, núm. 3, pp. 110-129
- BARRAZA-MACÍAS, Arturo. El estrés académico en alumnos de maestría y sus variables moduladoras: un diseño de diferencia de grupos. En: *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2008, vol. 26, núm. 2, pp. 270-289.
- BARRIOS, I.; TORALES, J.; VIOLA, L. Autoestima en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. En: *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*. 2016, vol. 49, núm. 2, pp. 27-31.
- BERRIO-GARCÍA, Nathaly; MAZO ZEA, Rodrigo. Estrés Académico. En: *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 2012, vol. 3, núm. 2, pp. 55-82.
- BUNGE, Mario. *La investigación científica*. Barcelona: Ediciones Ariel, 1969.
- CASTILLO ÁVILA, Irma Yolanda; BARRIOS-CANTILLO, Arleth; ALVIS-ESTRADA, Luis R. Estrés académico en estudiantes de enfermería de Cartagena, Colombia. En: *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2018, vol. 20, núm. 2.
- CASTILLO-PIMIENTA, Carlos; CHACÓN DE LA CRUZ, Tomás; DÍAZ-VÉLIZ, Gabriela. Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. En: *RIEM*. 2016, vol. 5, núm. 20, pp. 230-237.
- COHEN, Néstor; GÓMEZ, Gabriela *Metodología de la investigación, ¿para qué? la producción de los datos y los diseños*. Buenos Aires: Teseo, 2019.
- ESCOBAR ZURITA, Eileen Rosa; SORIA DE MESA, Bruno Wilfrido; LÓPEZ PROAÑO, Glenis Florangel, et al. Manejo del estrés académico; revisión crítica. En: *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*. Disponible en: www.eumed.net/rev/atlante/2018/08/estres-academico.html
- GÓMEZ CORTÉS, B.; CARMONA GARZÓN, H. A.; LOZANO MOSQUERA, W. Vulnerabilidad a la frustración de la voluntad de sentido de vida, en estudiantes de Medicina de una universidad privada en la ciudad de Medellín. En: *Nuevo Derecho*. 2015, vol. 11, núm. 16, pp. 105-119.

- GUTIÉRREZ HUBY, Ana María; AMADOR MURGUIA, Ma. Eugenia. Estudio del estrés en el ámbito académico para la mejora del rendimiento estudiantil. En: *Quipukamayoc*. 2016, vol. 24, núm. 45, pp. 23-28.
- HERNÁNDEZ-SAMPIERIE, Roberto; FERNÁNDEZ-COLLADO, Carlos; BAPTISTA-LUCIO, Pilar. *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill/Interamericana, 2014.
- JEREZ-MENDOZA, Mónica; OYARZO-BARRIA, Carolina. Estrés académico en estudiantes del Departamento de Salud de la Universidad de Los Lagos Osorno. En: *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2015, vol. 53, núm. 3, pp. 149-157.
- JURADO-BOTINA, Liseth, CARLOSAMA-RODRÍGUEZ, Diana, MONTERO-BOLAÑOS, Christian, et al. Estrés académico en estudiantes universitarios de Iberoamérica: una revisión sistemática. En: *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 2021, vol. 2021, núm. 2, pp. 1-18.
- LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan. *Estrés y procesos cognitivos*. Madrid: Martínez Roca, 1986.
- LEMONS, Mariantonia; HENAO-PÉREZ, Marcela; LÓPEZ-MEDINA, Diana Carolina. Estrés y salud mental en estudiantes de medicina. Relación con afrontamiento y actividades extracurriculares. En: *Archivos de Medicina*. 2018, vol. 14, núm. 2.
- LLORENTE-PÉREZ, Yolima Judith; HERRERA-HERRERA, Jorge Luis; HERNÁNDEZ GALVIS, Diana Yelipza, et al. Estrés académico en estudiantes de un programa de Enfermería-Montería 2019. En: *Revista Cuidarte*. 2020, vol. 11, núm. 3.
- MARÍN-LAREDO, Ma. Martha. Estrés en estudiantes de educación superior de Ciencias de la Salud/Stress in College Students of Health Sciences. En: *RIDE Revista Iberoamericana Para La Investigación Y El Desarrollo Educativo*. 2015, vol. 6, núm. 11, pp. 675-87.
- MONTALVO-PRieto, Amparo; BLANCO-BLANCO, Katerin; CANTILLO-MARTÍNEZ, Neyi, et al. *Estrés académico en los estudiantes del área de la salud en una universidad pública, Cartagena-Colombia*. Universidad de Cartagena, 2015. [Consulta: 20 de junio de 2021]. Disponible en:
<https://repositorio.unicartagena.edu.co/entities/publication/52a5d804-8cf9-4d50-8e43-63ed4d106005>
- MUVDI-MUVDI Yolanda; MALVACEDA-FRÍAS Eynick; BARRETO-VÁSQUEZ Marisol, et al. Estrés percibido en estudiantes de enfermería durante el confinamiento obligatorio por Covid-19. En: *Revista Cuidarte*. 2021, vol. 12, núm. 2.
- ORO, P.; ESQUERDA, M.; VIÑAS-SALAS, J., et al. Mindfulness en estudiantes de medicina. En: *Fundación Educación Médica*, 2015, vol. 18, núm. 5, pp. 305-312.
- PALELLA-STRACUZZI, Santa; MARTINS-PESTANA, Filiberto. *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. Caracas: Fedupel, 2006.
- PERDOMO-ESPAÑA, Nayza Geraldinne; CERQUERA-DUEÑAS, Daniela; CAMPOS-QUINTERO, Liliana. Estrés en estudiantes de educación superior: prevalencia y consecuencias. En: *Cina Research*. 2019, vol. 3, pp. 32-40.

- RAMÍREZ, Dahiana; OJEDA, Denisse; MOLINARI, Araceli, et al. Evaluación del estrés autopercebido en estudiantes del área de salud. Facultad de Odontología. En: *Revista de investigación científica en psicología, EUREKA*. 2015, vol. 19, núm. 2.
- ROMÁN-COLLAZO, Carlos Alberto; HERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ, Yenima. El estrés académico: una revisión crítica del concepto desde las ciencias de la educación. En: *Rev Electron Psicol Iztacala*. 2011, vol. 14, núm. 2.
- SILVA-RAMOS, María Fernanda; LÓPEZ-COCOTLE, José Juan; SÁNCHEZ DE LA CRUZ, Omar. Estrés académico en estudiantes de Licenciatura en Enfermería. En: *RECIEN*. 2019, vol. 18
- SILVA-RAMOS, María Fernanda; LÓPEZ-COCOTLE, José Juan; MEZA-ZAMORA, María Elena Columba. Estrés académico en estudiantes universitarios. En: *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*. 2020, vol. 28, núm. 79, pp. 75-83.
- SORIA-TRUJANO, Marisela Rocío; ÁVILA-RAMOS, Edy; MORALES PÉREZ, Ana Karen. Depresión y problemas de salud en estudiantes universitarios de la carrera de Medicina. Diferencias de género. *Alternativas en Psicología*. 2015, vol. 18, núm. 31.
- SORIA-TRUJANO, Marisela Rocío; ÁVILA-RAMOS, Edy; RODRÍGUEZ-MAYA, Nadia Montserrat. Efectos del trabajo académico en la salud y en las relaciones familiares de hombres y mujeres estudiantes universitarios. En: *Rev Elec Psic Izt*. 2014, vol. 17, núm. 1, pp. 150-165.
- SUÁREZ-MONTES, Nancy; DÍAZ-SUBIETA, Luz B. Estrés académico, deserción y estrategias de retención de estudiantes en la educación superior. En: *Revista de salud pública*. 2015, vol. 17, pp. 300-313.
- TERRAZAS, Angélica; VELÁZQUEZ-CASTRO, Judith; TESTÓN-FRANCO, Nancy. El estrés académico y afectaciones emocionales en estudiantes de nivel superior. En: *Revista Innova Educación*. 2022, vol. 4, núm 2, pp. 132-146.
- TIJERINA-GONZÁLEZ, Liliana Zandra; GONZÁLEZ-GUEVARA, Erika; GÓMEZ-NAVA, Marisol. Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. En: *RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición*. 2018, vol. 17, núm. 4, pp. 41-47.
- TORIBIO-FERRER, Claudia; FRANCO-BÁRCENAS, Silvia. Estrés académico: el enemigo silencioso del estudiante. En: *Salud y Administración*. 2016, vol. 3, núm. 7, pp. 11-18.
- VALDEZ-LÓPEZ, Yenisel Carolina; MARENTES-PATRÓN, Ricardo Antonio; CORREA-VALENZUELA, Sheida Eunice. Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento utilizadas por estudiantes de la licenciatura en Enfermería. En: *Enfermería Global*. 2022, vol. 21, núm. 1, pp. 248-270.
- VIVEROS, E. Aproximación al sentido filosófico de la teoría del conocimiento. En: *Revista Perseitas*. 2015, vol. 3, núm. 1, pp. 57-65.

IMPLICACIONES DE LAS MUJERES EN EL RETRATO FOTOGRÁFICO *POST MORTEM* DESDE SU APARICIÓN HASTA LA ACTUALIDAD

Implicacions de les dones en el retrat fotogràfic post mortem des de la seva aparició fins a l'actualitat

Role of Women in Post Mortem Photographic Portraiture from its Origins to the Present Day

ESTHER GONZÁLEZ GEA 

Universitat de València (Valencia, España)

Correo electrónico: esther.gonzalez-gea@uv.es

Recibido: 24/05/2024

Aceptado: 24/10/2024

Publicado: 30/11/2024



RESUMEN

El presente artículo hace un recorrido de carácter histórico desde la aparición del retrato fotográfico *post mortem* en el siglo XIX hasta la actualidad, poniendo el foco en la importancia que las mujeres han tenido en su gestación, desarrollo y supervivencia. Pues las mujeres siempre han mantenido una relación próxima con la muerte, tanto por cuestiones simbólicas-biológicas como de origen práctico derivadas de las primeras: llorarlos, arreglarlos, velarlos y recordarlos. Todo ello ha influido en una feminización de la muerte, especialmente a partir del siglo XIX, que se pone de manifiesto en el retrato fotográfico *post mortem*. En ese contexto, estos retratos funcionan para restituir la identidad, reforzar los lazos familiares, y aproximarse a los difuntos cuando sea necesario en beneficio de un correcto duelo. La imagen fotográfica del difunto en solitario o en compañía es una representación visual que ha sufrido ligeras variaciones a lo largo del tiempo y que contiene distintas funciones, en las que se entrelaza lo representado con su condición material y su destino. Además, este tipo de imágenes son un documento que da pistas de las diferentes épocas con sus respectivas mentalidades y las unifica alrededor de la pérdida y la gestión de esta. Al final, estas fotografías interpelan con multitud de preguntas sobre la falta y sus consecuencias tanto en el pasado como en el presente por lo que se necesita de la interdisciplinariedad para abordarlas en su complejidad.

Palabras clave: retrato fotográfico *post mortem*, mujeres, responsabilidad, supervivencia.

RESUM

El present article fa un recorregut de caràcter històric des de l'aparició del retrat fotogràfic *post mortem* en el segle XIX fins a l'actualitat, posant el focus en la importància que les dones han tingut en la seva gestació, desenvolupament i supervivència. Perquè les dones sempre han mantingut una relació pròxima amb la mort, tant per les qüestions simbòliques-biològiques com amb les d'origen pràctic derivades de les primeres: plorar-los, arreglar-los, vetllar-los i recordar-los. Tot això ha influït en una feminització de la mort, especialment a partir del segle XIX, que es posa de manifest en el retrat fotogràfic *post mortem*. En aquest context, aquests retrats funcionen per a restituir la identitat, reforçar els llaços familiars, i aproximar-se als difunts quan sigui necessari en benefici d'un correcte dol. La imatge fotogràfica del difunt en solitari o en companyia és una representació visual que ha sofert lleugeres variacions al llarg del temps i que conté diferents funcions, en les quals s'entrellaça el representat amb la seva condició material i el seu destí. A més a més, aquest tipus d'imatges són un document que dona pistes de les diferents èpoques amb les seves respectives mentalitats i les unifica al voltant de la pèrdua i la seva gestió. En última instància, aquestes fotografies interpel·len amb multitud de preguntes sobre la falta i les seves conseqüències tant en el passat com en el present pel que es necessita la interdisciplinarietat per abordar-les en la seva complexitat.

Paraules clau: retrat fotogràfic *post mortem*, dones, responsabilitat, supervivència.

ABSTRACT

This article makes a historical journey from the appearance of the post-mortem photographic portrait in the nineteenth century to the present day, focusing on women's importance in its birth, development, and survival. Women have always maintained a close relationship with death, both for the symbolic-biological issues, as well as those of practical origin derived from the first: mourn, fix, watch over, and remember them. All this has influenced the feminization of death, especially since the 19th century, which is evident in the post-mortem photographic portrait. In this context, these portraits restore identity, reinforce family ties, and approach the deceased when necessary for proper mourning. The deceased's photographic image alone or in company is a visual representation that has undergone slight variations over time and contains different functions, in which the representation is intertwined with its material condition and its destiny. In addition, this type of image is a document that gives clues about the different eras with their respective mentalities and unifies them around the loss and its management. In the end, these photographs raise many questions about the lack and its consequences both in the past and present, which is why interdisciplinarity is needed to address them in their complexity.

Keywords: post-mortem photographic portrait, women, responsibility, survival.

INTRODUCCIÓN

El ser humano ha ido progresivamente desplegando toda una serie de artefactos para preservar a los muertos. Entre los enseres de los que se ha valido se encuentran en primer orden las imágenes. Las sociedades de todos los tiempos han unido los cuerpos de los difuntos a un lugar u objeto determinado dotándolos de un nuevo cuerpo simbólico con el que poder socializar (Belting, 2012). Una vez aparece el medio fotográfico, este se vuelve hegemónico para albergar los cuerpos sin vida e interactuar con ellos. En esta socialización, las mujeres han participado de forma activa y mayoritaria en comparación con los hombres. Si se rastrea la historia de la muerte y la imagen, se puede afirmar que ha sido una parcela especialmente feminizada, aspecto que ha pasado demasiado desapercibido en la historia de estas fotografías. Como recoge un poema anónimo aparecido en el diario valenciano *La Opinión* en la edición del 21 de junio de 1863 con el título «Mamá, quiero mi retrato», el enorme reclamo de retratos de la infancia era solicitado en casi todas las ocasiones por la madre, juzgándola en caso de no hacerlo (Cancer Marinero, 2006).

A lo largo de la historia de Occidente, la muerte ha contado con estructuras sociales al servicio de los vivos, a la vez que de producciones de lo imaginario con respecto al episodio obligado de toda vida humana (Vovelle, 1985). El desarrollo de esas producciones persigue la introducción social de la muerte mediante artefactos culturales y expresiones artísticas para las que los individuos crean, facturan o transforman objetos para cumplir esta función. Los muertos se tornan patrimonio: su cuidado, protección y dignificación por medio de una correcta despedida y pervivencia del recuerdo aseguran un bienestar emocional que conlleva prestaciones presentes y futuras. Con esas intenciones, el culto al recuerdo en Occidente va adoptando múltiples formas, en donde las representaciones adquieren un valor primordial para ejecutar los ritos. Desde el momento posterior al deceso, se activa un ritual que se adecúa a pautas marcadas socialmente en las que las mujeres han tenido mayor protagonismo: los tratamientos que recibe el cadáver para la posterior velación y exhibición, la preparación de los espacios circundantes al acto, las actitudes, gestos y atuendos que marcan el acontecimiento. Además, superado el momento de la despedida, comienza la fase de recuerdo, en la que de nuevo las mujeres han desempeñado funciones de responsabilidad en la supervivencia de la memoria de los individuos que marchan.

Este proceder se impulsa a partir del siglo XIX por diversas razones interrelacionadas. Por una parte, se da una progresiva individualización, amparada por el creciente ascenso de la burguesía que refuerza la idea de sobrevivir, de perdurar. Sobre esta idea, en la misma época, la conservación del cuerpo era fundamental para ser contemplado en toda su amabilidad (Ariès, 1983). Además, conforme avanza el siglo, se produce una abundancia del tema que tiende a una progresiva espectacularización. La realidad de la finitud entra en el campo de la ilusión que, a la postre, es rechazo: la muerte no es la muerte, y eso es lo terrible (Morin, 2003, p. 297). En efecto, en este siglo, el arte —y la producción material— ejerce de parapeto de lo inevitable, en una especie de fetichismo mercantil fúnebre del que comienza a participar un mayor número de personas. Por otra parte, también en este siglo suceden cambios que afectan directamente a las mujeres dentro del ideal burgués, acogido en el tópico del ángel del hogar. Sobre las mujeres recaen consideraciones domésticas, deben cumplir los patrones de madres y esposas, transmisoras de la moral, virtuosas y educadoras de los hijos y las hijas según parámetros de género. El concepto de familia y la consideración de la infancia se ven influidos por los roles asignados, lo que también repercute en la conservación de las identidades genealógicas (Ariès, 1987; Gutiérrez Lloret, 2018; Morant y Bolufer, 2012).

En ese sentido, la fotografía se establece alrededor de la mitad del siglo XIX para cubrir las necesidades de (re)presentación de los individuos, primero de las clases más altas para expandirse rápidamente a estratos sociales inferiores. Con todo, el nacimiento de la fotografía en las primeras décadas del siglo XIX no es más que un efecto residual marcado por la especulación científica y filosófica. El deseo de fotografiar —y también de apresar a los muertos— se gestó mucho antes del anuncio del invento de la cámara fotográfica (Batchen, 2004).

De hecho, el retrato fotográfico *post mortem* es una práctica de la que se tiene constancia desde los inicios del invento. La primera vez que se citó la existencia de una fotografía *post mortem* fue unos meses después de presentarse el invento en la Academia de las Ciencias francesa por parte del doctor Alfred Donné, quien la describió de la siguiente manera: «J'ai l'honneur de vous adresser de nouvelles images Daguerriennes gravées par le procédé dont j'ai soumis les premiers essais à l'Académie», y a continuación añadía: “J'ai obtenu déjà un très beau résultat en prenant l'image d'une personne morte» (Héran, 2002, pp. 25-26). Encargar fotografías de los fallecidos era una acción habitual. Para algunos fotógrafos, era una modalidad muy rentable y animaban a

los clientes a capturar pronto una imagen para conservar a las personas muertas en una imagen agradable, como si el difunto se encontrara en un sueño profundo (Héran, 2002; Ruby, 1995). La fotografía, por tanto, es fruto de numerosos experimentos acumulados a lo largo de los siglos y su función como contenedor de la imagen del finado, unos de sus primeros usos.

ESTUDIAR LAS IMÁGENES PARA EL RECUERDO DESDE LA INTERDISCIPLINARIEDAD

La muerte, desde las primeras civilizaciones, se ha valido de dispositivos para que los vivos se relacionasen con los fallecidos por medio de objetos. Imágenes para salvaguardar el recuerdo, la memoria, al tiempo que ejercer rituales y costumbres dignas de interés para diversas disciplinas del pensamiento y la práctica. Las cuestiones materiales e intelectuales en torno a la muerte son esenciales para la humanidad para analizar la transmisión de la cultura y deben ser atendidas por todas las ciencias sociales y humanas.

Desde la disciplina de la historia, del siglo XII hasta las postrimerías del XIX, se pasa de la denominada muerte domesticada a la muerte prohibida, es decir, se van exponiendo las diferentes actitudes que los seres humanos han desarrollado ante la muerte, del control hasta la disolución de los temas mortuorios. Sobre la sociedad decimonónica, que es de donde parte este estudio, Ariès explica que aparecen sentimientos de ambigüedad: las pautas del rito persisten, e incluso se acrecientan, pero al mismo tiempo se asiste a una progresiva ocultación del hecho de morir. Si a lo largo de la historia occidental la muerte estaba integrada en la vida como un rito de paso inevitable, a partir de estos momentos, la potestad y responsabilidad sobre el moribundo se recubre de un anhelo que tiende a suspender la agonía que provoca la muerte a favor de la placidez de la vida ficcional, sentido característico de la modernidad. En las primeras décadas del siglo XX, se produce un hecho clave en esta paulatina ocultación: la muerte se desplaza del ámbito privado al ámbito público, se pasa de morir en casa rodeado de familiares y amigos a morir en el hospital rodeado de personal sanitario (2007). Las funciones antes ejecutadas por las personas cercanas como acompañar al agonizante, amortajar el cadáver, velarlo o recibir el pésame, pasan a manos de profesionales. Es decir, la consecuencia más inmediata de esta transfusión de quehaceres es su profesionalización, la muerte programada, acorde con los ideales capitalistas (Thomas, 1991).

Sin embargo, aunque el cuerpo biológico fenece, necesita un intermediario, un cuerpo simbólico que sirva de intercesor entre el plano real y el imaginario, que conserve a los que faltan y los que quedan puedan cumplir las funciones adjudicadas. Los seres desaparecidos acaban habitando objetos a los que se les insufla vida como mecanismo constante en el desarrollo de la humanidad. La relación que se establece con estos objetos-imágenes surge como resultado de miradas intensas procedentes de individuos en acción, de la fetichización a la que son sometidos. La imagen cobra vida gracias a la activación del deseo de la persona que la contempla (Freedberg, 2011, p. 362). Y el medio preferido para dicha estimulación a partir de la mitad del siglo XIX hasta llegar a nuestros días es la fotografía.

En concreto, el retrato es el género visual por excelencia para conservar la identidad, para reactivar la imagen en ausencia de la persona. Y, dentro de la historia de los medios, la fotografía se presenta idónea para retener la imagen de los rostros condenados a desaparecer. Representaciones que capturan los rasgos personales en el presente, pero lo hacen para el futuro. En su tipología *post mortem*, además, refuerzan esta idea añadiendo a la imagen el cuerpo inerte. Se recuerda a la persona al mismo tiempo que se hace efectiva la finitud. Por otra parte, la correcta exposición y conservación del rostro en la muerte son clave para el reconocimiento, que se relaciona con una mejor asimilación por parte del entorno en la despedida, es decir, contribuyen a ayudar a los familiares a quedar menos traumatizados al contemplar el rostro del cadáver, ayudando en definitiva a guardar un mejor recuerdo (Bellosta Martínez, 2014).

Pero las imágenes, en este caso las fotografías, contienen una serie de funciones que trascienden lo meramente terapéutico y abarcan aspectos que requieren de un estudio interdisciplinar. Como precisa González-Flores, la fotografía se debe estudiar como trama de sentido pensada como dispositivo o como aparato estético. El proceso de significación de una imagen fotográfica no reside en un único elemento, sino en una relación, una trama, entre distintos factores involucrados en el acto fotográfico (2018, pp. 172 y 207-208). En repetidas ocasiones, los teóricos de la fotografía han recordado el vínculo entre el medio y la memoria, la pérdida, la ausencia. La imagen fotográfica es siempre un *memento mori*, pero también un documento, un testimonio que ofrece información sobre la organización y puesta en escena de los acontecimientos, una obra artística y, en ocasiones, un elemento ritual (véase asociado a la idea de documento en Burke, 2001 y Freund, 2011; como carácter ritual, en Bordieu, 2003; como documento de muerte, en

Barthes, 2009; Sontag, 2010 y Belting, 2012). En ese sentido, el estudio que se presenta analiza los retratos fotográficos *post mortem* por medio de un cruce de significados y funciones que abarca distintas disciplinas del pensamiento y la acción.

METODOLOGÍA

El proceso metodológico para llevar a cabo el estudio parte de un doble análisis. Por un lado, se ha recurrido a la información y documentación aportada por las obras bibliográficas más relevantes en el estudio del retrato fotográfico *post mortem*, entre ellas las más destacada han sido *Secure the Shadow. Death and Photography in America* de Jay Ruby (1995), *Photography and Death* de Audrey Linkman (2011), y el catálogo en torno a la exposición *La Dernier Portrait* que realizó el Musée d'Orsay (2002). En territorio nacional podemos citar, a modo de ejemplo, el libro *El retrato y la muerte: la tradición de la fotografía post mortem en España* (2013) de Virginia de la Cruz y el catálogo editado a raíz de la muestra *Imatges de mort. Representacions fotogràfiques de la mort ritualitzada* (2017) organizada por el Museu Valencià d'Etnologia. Cada una de estas obras cuenta con un corpus visual propio de distinto origen tanto temporal como geográfico que ha sido muy útil como punto de partida. Por otro lado, el trabajo ha requerido de la contemplación de múltiples imágenes provenientes de archivos públicos municipales como el fondo Gadea del municipio de Manises y el fondo Serra de Alboraià, ambos de la provincia de València; distintos repositorios compuestos por colecciones públicas como la perteneciente a la Biblioteca Valenciana Nicolau Primitiu o la conservada en el Arxiu Fotogràfic de l'Ajuntament de Girona, colección Unal; y colecciones privadas como la de Rafael Solaz, entre otras. El análisis del tema ha servido para entender y cuestionar las tipologías más abundantes —sin duda el retrato del párvulo fallecido seguido de un gran número de fotografías de mujeres sosteniendo el cuerpo de los pequeños difuntos— y así, junto con los textos teóricos, tratar de responder a preguntas sobre por qué se solicitaban, quiénes lo hacían, qué se pretendía con ello y qué pasaría con ellas en el futuro.

No obstante, para poner en relación la existencia de esas fotografías con una mayor implicación de las mujeres en todas las fases de su existencia, más allá de la evidencia visual de las fotografías de mujeres sosteniendo a niños y niñas fallecidos/as, se ha recurrido a testimonios y fuentes de diversa procedencia: literarias, orales, documentales, entre otras, con la intención de trazar una nueva narrativa sobre la cuestión, ausente o

ligeramente tratada en la mayoría de las obras teóricas estudiadas. Por ello, se ha tenido que trascender los estudios concretos sobre la materia e indagar en obras procedentes de la antropología, la sociología, la filosofía y demás disciplinas afines para que vertieran luz al asunto expuesto.

Vinciane Despret indicaba que los difuntos solo están verdaderamente muertos si dejamos de darles conversación, que es lo mismo que decir dejar de conservarlos, de inventar fórmulas para relacionarse con ellos. Para esa operación, propone el término «instauración», en el sentido de dotar a través de distintos mecanismos nuevas maneras de ser a los desaparecidos para situarlos en el presente (2021, pp. 16-19). Por tanto, los objetos del difunto, bien en su forma original o convertidos en imágenes, conservan la esencia del que se fue para las personas más próximas, que activan por medio de sus imágenes el recuerdo y, además, proporcionan un espacio visual en el que residir. Este concepto se ha empleado metodológicamente para entender las dinámicas de recuerdo, ejecutadas mayoritariamente por mujeres, desde los encargos fotográficos decimonónicos hasta la reciente difusión en red.

DESARROLLO ARGUMENTAL

Mecanismos del retrato fotográfico *post mortem* al servicio de la pérdida perinatal

El retrato fotográfico *post mortem* posee unas funciones de suma importancia para las personas próximas a los fallecidos. Algunas de estas características forman parte de la naturaleza de la fotografía que, a su vez, son heredadas de ciertos poderes atribuidos a las imágenes sacras, y que son esenciales para los familiares que pierden a un bebé o a un niño/a de corta edad. Desde que apareció el medio fotográfico hasta la actualidad, la muerte perinatal ha pasado de conservarse y llorarse a la vista de todos/as a convertirse en una realidad en ocasiones silenciada.

Entre ellas, la semejanza, unida a la tipología del retrato, se reactivó con la llegada de la fotografía. En el siglo XIX, la realidad fotográfica era prácticamente incuestionable, aunque en los albores del siglo XX pasó por duras críticas sobre su objetividad (véase al respecto de la fotografía como engaño: Fontcuberta, 1997). Como recuerda Durand, «por muy diversas que sean, en las fotografías siempre late una cierta creencia en el mundo». La fotografía analógica depende del referente, el objeto o sujeto que posa ante la cámara.

En ese sentido, la fotografía sigue siendo deudora del entusiasmo ante lo real y ese deslumbramiento continúa activo después de la época y la sensibilidad a las que parecía pertenecer. Aunque también sucede que «todo vínculo con lo real es en sí una puesta en escena» que el artífice de la fotografía selecciona en la toma, lo verdadero y la impostura conviven al mismo tiempo (2012).

Además, a partir de la modernidad, el retrato va perdiendo parte de su carácter de culto y, siguiendo una máxima benjaminiana, con la llegada de la fotografía el valor de exhibición ganó terreno, aunque perduró como elemento constitutivo de la memoria y de la identidad familiar gracias al rostro humano, último bastión del poder cultural de la imagen, último refugio de culto al recuerdo de los seres queridos, lejanos o desaparecidos (Benjamin, 2013). Por lo que en la fotografía de las personas muertas conviven valores de exhibición propios de la imagen fotográfica con valores de culto que resisten en esta modalidad.

La semejanza asociada al poder de culto se fundamenta en la retratística fotográfica familiar, que aporta a estas imágenes *post mortem* el poder de identidad y pertenencia al grupo. Las galerías de antepasados eran y son una manera de visualizar la pertenencia a una estirpe y contener su memoria e historia. Y, a pesar de que muchos expertos en fotografía familiar han incidido en la ausencia de imágenes que rompen el relato de familia feliz como la miseria, la enfermedad o la muerte (véase, por ejemplo, Salkeld, 2014; Vicente, 2018; Pultz, 2003; Laudo, 2018; Fontcuberta, 2016 y 2018; Triquell, 2011; Brown, 2009, Martín-Núñez et al., 2020), el retrato fotográfico *post mortem* ha sido una práctica habitual para conservar a los miembros de la familia que fallecen. Este tipo de fotografía nace y subsiste por su función como nexo de integración de grupo. Estos retratos fotográficos *post mortem*, familiares y domésticos, actúan como mecanismo curativo. La fotografía familiar es indicador de cohesión y genealogía, al igual que su modalidad funeraria. Al tiempo que posee funciones terapéuticas ante la pérdida o marcha de algún ser querido, dotándolo de identidad.

Las fotografías personales funcionan de activador de recuerdos que ayuda tanto al que va a marchar como a los que se quedan. En su faceta mortuoria, las propiedades terapéuticas se amplían. La doctora Heath, por ejemplo, desde el campo de la medicina y más concretamente en su función auxiliadora ante la muerte, alertaba de que para el buen morir es imprescindible completar el relato acumulado de toda una vida tanto para el moribundo como para los acompañantes. Poder contar y revivir los hechos importantes

del trayecto vital por medio de fotografías compartidas es un ejercicio que ofrece consuelo. Familiares y amigos pueden continuar el relato incluso cuando la persona está demasiado débil como para contribuir, y hacerlo proporciona alivio a todos (2008). Al respecto del último retrato, aparecen estas cuestiones de forma específica en relación con la idea de la fotografía como auxiliadora en los procesos de las pérdidas. Ruby (1995) afirmaba que, posiblemente desde el siglo XIX, las imágenes relacionadas con la muerte tuvieron un propósito formal en el proceso de duelo, pues existe un vínculo entre el duelo y las imágenes fotográficas en su función de preservar los recuerdos. Asimismo, Linkman (2011) anota que, desde la última década del siglo XX, especialistas en la muerte se han preocupado de estudiar y difundir el papel terapéutico que cumplen estas fotografías en el diálogo con los muertos, ayudando a los dolientes a reconstruir sus identidades.

Por último, todos estos valores fotográficos se refuerzan en el acto de veneración que se sitúa en la esfera de lo ritual. La teoría fotográfica ha prodigado el análisis de estas imágenes con la consideración cercana a la idea de reliquia o a las cualidades de fetiche. Por reliquia se entiende un residuo o resto que queda de un todo, que originariamente se asocia a la parte del cuerpo de una figura sagrada o con aquello que por contacto había tocado el cuerpo sacro convirtiéndose así en digno de veneración. De forma expandida, también afectaría a ciertos objetos de valor sentimental que generalmente han pertenecido a una persona querida o contienen parte de su cuerpo. En cuanto al significado de fetiche, haría referencia al ídolo u objeto al que se atribuyen poderes sobrenaturales, próximo al hechizo (Moliner, 2002). Siguiendo estas definiciones, los sentimientos que inspira una persona o una cosa se extienden por contagio a la representación de tal cosa o persona que le están asociadas y, por consiguiente, a los objetos que esas representaciones simbolizan (Durkheim, 1992).

Dubois habla de la fuerza de irradiación de las fotos que, entre sus usos, invitan a ponerlas en relación con cuestiones sobre el deseo y el duelo, sobre experiencias personales: «Los valores de reliquia o de fetiche, tan frecuentemente atribuidos a la imagen fotográfica, encuentran ahí uno de sus puntos de anclaje más claros» (1986, p. 74). La teoría relacional de la fotografía, según Dubois, oscila entre la reliquia y el fetiche, consumándose en sus fines milagrosos, pues toda la práctica del álbum de familia apunta en esa dirección, el álbum de familia es siempre un objeto de veneración, «se lo abre con emoción, en una especie de ceremonial vagamente religioso, como si se tratara de

convocar a los espíritus» (p. 75). Esto explicaría el culto a las fotografías familiares que las convierte en una especie de monumentos funerarios.

Supervivencia y responsabilidad de las mujeres en el retrato fotográfico *post mortem*

Las mujeres han sido históricamente las encargadas de recopilar y conservar el legado fotográfico familiar, además de elaborar objetos de conmemoración. La confección de los álbumes y los enseres que acompañaban a las imágenes para el recuerdo, desde su origen, ha sido un entretenimiento burgués y femenino (véase para el álbum como objeto feminizado, Valis, 2010, p. 112; sobre la factura de artilugios para el recuerdo, véase Batchen, 2007, pp. 12-29 y Linkman, 2011, p. 140). En cuanto a la relación de las mujeres con la fotografía, ha vivido una suerte de fraternidad y obligatoriedad. Por una parte, las mujeres han estado implicadas en el medio fotográfico desde los inicios desempeñando distintas tareas, como la captura, la manipulación y la promoción del mismo. Pero, por otro lado, en relación con la construcción del mito de familia, ellas han sido las responsables de encargar, tomar, archivar, y distribuir las fotografías familiares, especialmente las de la descendencia. Como indicó Bourdieu, en la mayoría de las ocasiones, la entrada de la cámara al hogar venía con el hijo recién nacido, y no fotografiarlo denotaba indiferencia por parte de los padres. La madre que hace fotografiar a sus hijos recibe la aprobación de todos, la que omite las fotografías provoca sospecha, lo que pone de manifiesto la responsabilidad social de las madres en la existencia de dichas imágenes (Bourdieu, 2003, p. 57). En la actualidad, el sistema y actuación se mantienen, incluso podría decirse que, fruto de los tiempos de la iconosfera, se acrecientan. Como indica García García, «hoy en día sacar fotos del bebé es un deber para con los hijos e hijas y una forma de vivir la maternidad y la paternidad» (2018, p. 169).

Las fotografías de los recién llegados al grupo familiar funcionan de objetos de reconocimiento. En el caso de una muerte temprana, lo que se conoce como muerte perinatal, cuando el nuevo ser adolece de resto e imágenes que permitan construir un relato de vida, el retrato fotográfico *post mortem*, tanto en el pasado como en el presente, realiza el cometido de dotar de identidad al niño o niña que ha fallecido. Los familiares, normalmente las madres, se esfuerzan por atesorar objetos o experiencias que permitan al sujeto efímero cobrar entidad. El relato de la historia familiar deposita en las madres los roles de generar, conservar y transmitir el legado fotográfico (Martín-Núñez et al.,

2020). Si la práctica de la fotografía personal formó parte de la cultura femenina desde el siglo XIX, el compilar, coleccionar, archivar, guardar, ordenar, narrar y, también, actuar y capturar fueron ejercicios de las mujeres (Rosón, 2015).

Por lógica, estos procederes también formaron parte del retrato fotográfico *post mortem* y su gestión. Como reafirma Ruby (1995), estas fotografías eran con más frecuencia encargadas y producidas por mujeres, pues a ellas se les asignaba la tarea de mantener la identidad familiar en el orden de lo simbólico y lo real. Del mismo modo, Linkman (2011) expone que sobre las mujeres de clase media recae la obligación de cuidar y proteger a los moribundos y, más tarde, conservar, exponer y dialogar con los fallecidos a través de estas fotografías para consolar cuando han fallado los cuidados en una mezcla de amor, deber y obligación.

La pérdida de los hijos y las hijas implica un dolor peculiar que padres y madres afrontan con diversas estrategias como la correcta despedida del cuerpo, las conmemoraciones de carácter personal, las narraciones de la corta vida o la conservación material de algún resto en forma de recuerdo. Todas estas maniobras indican la necesidad de cubrir una ausencia doble: la del recién nacido y la del proyecto maternal/paternal. Y para llevar a cabo el relato de ese momento familiar, es imprescindible atesorar objetos: la prueba de embarazo, la ecografía, alguna prenda de vestir y, si se puede, fotografías. Cada vez más, los hospitales, avalados por un trabajo inmenso de personal implicado, ofrecen la posibilidad, tras la pérdida, de poder pasar un rato con el cuerpo del pequeño, bañarlo, vestirlo, sostenerlo, presentarlo a la familia más próxima y realizar fotografías (Álvarez et al., 2012). Es importante destacar, llegado este punto, el trabajo que se está realizando desde asociaciones altruistas para dar soporte a la pérdida gestacional y perinatal. En España la más conocida es *Umamanita*¹ y en la Comunitat Valenciana se cuenta con *Nubesma*², aunque no son las únicas. Por otra parte, profesionales como Norma Grau, psicóloga y fotógrafa, lleva desde 2010 investigando, impartiendo formación y fotografiando a niños y niñas que fallecen (Grau, 2017). A partir de este proyecto, han surgido iniciativas personales como *Re Cordis*, impulsada por Tamara Constanzo que se dedica a fotografiar a bebés con el objetivo de honrar esas breves vidas y recordar la importancia de la fotografía como recurso documental y simbólico (Constanzo, 2022).

¹ <https://www.umamanita.es/>

² <https://www.nubesma.org/>

Entre los múltiples mecanismos que la creación posibilita para alcanzar tal fin, se encuentran las imágenes-objetos, como muestran las iniciativas de la artista Marie Brett y la profesora de arte Antonia Cobo. La primera llevó a cabo un proyecto titulado *Amulet: Anamensis* (2014-2015), en el que exploraba de forma creativa el tema de la pérdida de bebés a través de padres y madres en duelo y personal implicado. El trabajo se basa en la muestra de diez fotografías en las que cada una se conecta con un clip de audio de los padres hablando de la experiencia personal de la pérdida. La segunda, a raíz de la muerte de su hijo Félix en 2019 y tras la ausencia de recuerdos, comenzó un proyecto titulado *Mi amor en caja*. La iniciativa parte de la importancia de reunir los objetos tras las pérdidas, sistema avalado por los profesionales del duelo. En este sentido, empleando lo metafórico, factura desde un sistema para recordar el latir del corazón del niño, el peso exacto de su cuerpo, fotografías del embarazado, un simulacro de sus huellas, etc. Esa caja, que es Félix, le sirvió tanto a ella como a su familia —pues hizo réplicas de la caja para repartir— como elemento de consuelo y como sustituto del niño que falta. A partir de ahí, otras familias se pusieron en contacto con ella para elaborar cajas de recuerdos de sus bebés.

Sin embargo, de todas las estrategias para el recuerdo, la más solicitada desde su aparición es la fotografía. En la actualidad, se están reivindicando, por parte de asociaciones de apoyo a la muerte gestacional y perinatal, y por familias en duelo, protocolos de despedida ante la muerte perinatal en los que se incide en la importancia de tomar fotografías. La fotógrafa y psicóloga Norma Grau sentó un precedente después de años de trabajo cuando fotografió a Nadia con sus padres en 2017. De todos estos aspectos, por consiguiente, se puede extraer la idea de que existe una mayor responsabilidad por parte de las mujeres a la hora de manufacturar, encargar, distribuir y conservar estas imágenes.

REFLEXIONES FINALES

Las personas mueren en todas las épocas históricas. Pero a partir de finales del siglo XIX, con la aparición del medio fotográfico y los cambios en las mentalidades, lo que se transforma es la accesibilidad y personalización del recuerdo. Estas imágenes fotográficas se ponen al servicio de la memoria, la identidad, el culto y la conmemoración, la constancia de la defunción o la superación de la pérdida. Son imágenes, por tanto,

funcionales, que sobreviven al paso del tiempo con las modificaciones propias de las técnicas.

Los estudios sobre el retrato fotográfico *post mortem* han descuidado las conexiones e implicaciones que las mujeres han tenido y tienen con dichas fotografías, que no dejan de ser una acumulación de condiciones históricas gestadas desde la teología, la ciencia, la economía y su reflejo en la demografía, y tantas otras disciplinas, alimentadas al mismo tiempo por sentires populares. Al mismo tiempo, las mujeres han sido capaces de transformar esta mayor responsabilidad en una meta mediante la cual reivindicar la importancia de dichas fotografías para gestionar el duelo, evitar el olvido y explicar que ellas también han sido madres de un bebé al que amaron y amarán. Que no se trata simplemente de un objeto victoriano pasado de moda, sino de una imagen con poderes identitarios, genealógicos y curativos que debería poder hacerse y exhibirse con normalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVAREZ, Mónica, et al. *Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas*. Tenerife: Ob Stare, 2012.
- ARIÈS, Philippe. *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus, 1983.
- ARIÈS, Philippe. *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid: Taurus, 1987.
- ARIÈS, Philippe. *Morir en Occidente desde la Edad Media hasta nuestros días*. Buenos Aires: 2007.
- BARTHES, Roland. *La cámara lúcida*. Barcelona: Paidós, 2009.
- BATCHEN, Geoffrey. *Arder en deseos. La concepción de la fotografía*. Barcelona: Gustavo Gili, 2004.
- BATCHEN, Geoffrey. *Aterrador fantasma de antiguo esplendor: Qué es la fotografía*. En: Green, D (ed.). *¿Qué ha sido de la fotografía?* Barcelona: Gustavo Gili, 2007.
- BELLOSTA MARTÍNEZ, María Asunción. *Sentir la muerte hoy. El género al final de la vida*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza, 2014.
- BELTING, Hans. *Antropología de la imagen*. Madrid: Katz, 2012.
- BENJAMIN, Walter. *Sobre la fotografía*. Valencia: Pre-Textos, 2013.
- BOLUFER PERUGA, Mónica; MORANT DEUSA, Isabel. *Identidades vividas, identidades atribuidas*. En: Pérez-Fuentes, P. (coord.). *Entre dos orillas: las mujeres en la historia de España y América latina*. Barcelona: Icaria, 2012, pp. 317-352.
- BOURDIEU, Pierre. *Un arte medio: ensayo sobre los usos sociales de la fotografía*. Barcelona: Gustavo Gili, 2003.
- BROWN, Nicola. *Empty Hands and Precious Pictures: Post-mortem Portrait Photographs of Children*. En: *Australasian Journal of Victorian Studies*. 2009, vol. 14, núm. 2.
- BURKE, Peter. *Visto y no visto. El uso de la imagen como documento histórico*. Barcelona: Editorial Crítica, 2001.
- CANCER Matinero, José Ramón. *Retratistas fotógrafos en Valencia*. Valencia: Institució Alfons el Magnànim, 2006.
- CONSTANZO, Tamara. *Re Cordis*. 2022. Disponible en: <https://delpinofotografia.wixsite.com/recordis>
- DESPRET, Vinciane. *A la salud de los muertos. Relatos de quienes quedan*. Buenos Aires: Cactus, 2021.
- DUBOIS, Philippe. *El acto fotográfico. De la Representación a la Recepción*. Barcelona: Paidós, 1986.
- DURAND, Régis. *El tiempo de la imagen. Ensayo sobre las condiciones de una historia de las formas fotográficas*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1998.
- DURKHEIM, Emile. *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid: Akal, 1992.
- FONTCUBERTA, Joan. *El beso de Judas*. Barcelona: Gustavo Gili, 1997.

- FONTCUBERTA, Joan. *La furia de las imágenes. Notas sobre la postfotografía*. Barcelona: Galaxia Gutenberg, 2016.
- FONTCUBERTA, Joan. Monumentalizar el álbum: dos casos de estudio. En: Vicente, Pedro (ed.). *Álbum de familia y prácticas artísticas. Relecturas sobre autobiografía, intimidad y archivo*. Huesca: Diputación Provincial de Huesca; Universidad Internacional Menéndez Pelayo, 2018.
- FREEDBERG, David. *El poder de las imágenes*. Madrid: Cátedra, 2011.
- FREUND, Gisèle. *La fotografía como documento social*. Barcelona: Gustavo Gili, 2011.
- GARCÍA GARCÍA, Isabel. La fotografía y el álbum: imágenes y objetos. En: Vicente, Pedro (ed.). *Álbum de familia y prácticas artísticas. Relecturas sobre autobiografía, intimidad y archivo*. Huesca: Diputación Provincial de Huesca; Universidad Internacional Menéndez Pelayo, 2018.
- GONZÁLEZ-Flores, Laura. *La fotografía ha muerto, ¡viva la fotografía!* México: Herder, 2018.
- GRAU, Norma. Fotografías para casos de muerte gestacional y neonatal. En: *Umamanita. Revista muerte y duelo perinatal*. 2018, núm. 2.
- GUTIÉRREZ Lloret, Rosa Ana. ¡Dios lo quiere y la patria lo demanda! Acción social y compromiso político de las ‘mujeres católicas’ en la España del siglo XX (1903-1931). En: Blasco Herranz, Inmaculada (ed.). *Mujeres, hombres y catolicismo en la España contemporánea. Nuevas visiones desde la historia*. Valencia: Tirant, 2018.
- HÉRAN, Emmanuelle. *Le Dernier Portrait*. París: Musée d’Orsay, 2002.
- HEATH, Iona. *Ayudar a morir: Con un prefacio y doce tesis de John Berger*. Buenos Aires: Katz, 2008.
- LAUDO, Alexandra. Olvidos analógicos, memorias digitales, archivos imposibles. En: Vicente, Pedro (ed.). *Álbum de familia y prácticas artísticas. Relecturas sobre autobiografía, intimidad y archivo*. Huesca: Diputación Provincial de Huesca; Universidad Internacional Menéndez Pelayo, 2018.
- LINKMAN, Audrey. *Photography and Death*. London: Reaktion books, 2011.
- MARTÍN-NÚÑEZ, Marta; CATALÁN-GARCÍA, Shaila; SERRANO-RODRÍGUEZ, Aarón. Conservar, conversar y contestar. Grietas y relecturas del álbum familiar. En: *Arte, Individuo y Sociedad*. 2020, vol. 32, núm. 4, pp. 1065-1083.
- MOLINER, María. *Diccionario del uso del español*. Tomo II y Tomo II. Madrid: Gredos, 2002.
- MORIN, Edgar. *El hombre y la muerte*. Barcelona: Kairós, 2003.
- PULTZ, John. *La fotografía y el cuerpo*. Madrid: Akal, 2003.
- ROSÓN, María. «No estoy sola», álbum fotográfico, memoria, género y subjetividad (1900-1980). En: *Journal of Spanish Cultural Studies*. 2015, vol. 16, núm. 2, pp. 143-177.

- RUBY, Jay. *Secure the Shadow. Death and Photography in America*. Cambridge: MIT Press, 1995.
- SALKELD, Richard. *Cómo se lee una fotografía*. Barcelona: Gustavo Gili, 2014.
- SONTAG, Susan. *Sobre la fotografía*. Barcelona: Debolsillo, 2010.
- THOMAS, Louis-Vincent. *La muerte*. Barcelona: Paidós, 1991.
- TRIQUELL, Agustina. *Fotografías e historias. La construcción narrativa de la memoria y las identidades en el álbum fotográfico familiar*. Uruguay: Centro de fotografía, 2011.
- VALIS, Noël. *La cultura de la cursilería Mal gusto, clase y kitsch en la España moderna*. Madrid: Machado, 2010.
- VICENTE, Pedro. Políticas y propaganda del álbum de familia. En: *Álbum de familia y prácticas artísticas. Relecturas sobre autobiografía, intimidad y archivo*. Diputación Provincial de Huesca; Universidad Internacional Menéndez Pelayo, 2018, pp. 13-23.
- VOVELLE, Michel. *Ideologías y mentalidades*. Barcelona: Ariel, 1985.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA, DEL CONCEPTO A LA CONSTRUCCIÓN DE NORMATIVIDADES EN ARGENTINA, CHILE, MÉXICO Y VENEZUELA

*Violència obstètrica, del concepte a la construcció de normativitats a
Argentina, Xile, Mèxic i Veneçuela*

*Obstetric Violence, from the Concept to the Making of Regulations in
Argentina, Chile, Mexico, and Venezuela*

KEVIN SANDER TIBURCIO 

Universidad de Guadalajara (*Guadalajara, México*)

MARTHA CECILIA JARAMILLO 

Universidad Autónoma de Baja California (*Tijuana, México*)

Autor correspondencia: Kevin Sander Tiburcio

Correo electrónico: kevinsandertiburcio@gmail.com

Recibido: 23/03/2024

Aceptado: 11/06/2024

Publicado: 30/11/2024



RESUMEN

La normatividad para reconocer la violencia obstétrica debería partir de una construcción conceptual que enmarque de manera amplia las características de la problemática. Este artículo analizará la integración conceptual de la violencia obstétrica, con una mirada comparada de cuatro normativas nacionales que han firmado documentos vinculantes para reconocerla (Argentina, Chile, México y Venezuela). El punto central de esta investigación parte de diversas aportaciones conceptuales de la violencia obstétrica que se abordan desde dos perspectivas: la primera, desde el ámbito de ocurrencia o lugar donde se presenta, y la segunda, desde los derechos humanos, para presentar una definición amplia que permita dar una propuesta de abordaje normativo. Las normatividades que se presentan pertenecen a los países antes mencionados, considerando que fueron los primeros de Latinoamérica en adquirir compromiso para la integración normativa del fenómeno. Sin embargo, estos compromisos no se han cumplido en su totalidad, reflejando las falencias conceptuales que se tienen en relación con este tipo de violencia.

Palabras clave: violencia obstétrica, violencia contra las mujeres, servicios de salud, institucionalización, derechos humanos.

RESUM

La normativitat per a reconèixer la violència obstètrica hauria de partir d'una construcció conceptual que emmarqui de manera àmplia les característiques de la problemàtica. Aquest article analitzarà la integració conceptual de la violència obstètrica amb una mirada comparada de quatre normatives nacionals que han signat documents vinculants per a reconèixer-la (l'Argentina, Xile, Mèxic i Veneçuela). El punt central d'aquesta recerca parteix de diverses aportacions conceptuals de la violència obstètrica que s'aborden des de dues perspectives: la primera, des de l'àmbit d'ocurrència o lloc on es presenta, i la segona, des dels drets humans, per a presentar una definició àmplia que permeti donar una proposta d'abordatge normatiu. Les normativitats que es presenten pertanyen als països abans esmentats, considerant que van ser els primers de Llatinoamèrica a adquirir compromís per a la integració normativa del fenomen. No obstant això, aquests compromisos no s'han complert íntegrament, reflectint les carències conceptuals que es tenen en relació amb aquesta mena de violència.

Paraules clau: violència obstètrica, violència contra les dones, serveis de salut, institucionalització, drets humans.

ABSTRACT

The creation of regulation for the acknowledgment and protection of women against obstetric violence should begin with a conceptual framework that highlights the features of this type of violence. This article reviews the incorporation of definitions within legal instruments or legislation on obstetric violence in four countries (Argentina, Chile, Mexico and Venezuela). The focus of this investigation stems from the various definitions of obstetric violence that encompass two perspectives. The first is from the occurrence of the act or the place where it happens. The second is from a human rights perspective. Together, they form a complete concept that helps create new legislation. The analysis of the laws corresponds to the previously mentioned countries. The selection of this material is because these nations were the first in Latin America to include the concept of obstetric violence in their norms and regulations. However, the commitment to the protection of women has not been fulfilled and it shows a lack of understanding concerning this type of violence.

Keywords: obstetric violence, violence against women, institutionalization, health services, human rights.

INTRODUCCIÓN

Instrumentos internacionales como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), la Convención Belém do Para y los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) no integran el concepto de «violencia obstétrica» (VO), pero mencionan aspectos relacionados como la discriminación, el derecho a la salud y las muertes maternas. Por otro lado, la Plataforma de Acción de Beijing y el Consenso de Montevideo especifican el concepto de la VO. Los países analizados en este escrito —Argentina, Chile, México y Venezuela— han firmado los instrumentos anteriormente mencionados, adquiriendo compromisos para reconocer y atender la VO.

El problema abordado plantea que, a pesar de los compromisos adquiridos con los instrumentos internacionales, los países no han plasmado en sus normatividades la totalidad de los aspectos que intervienen en la VO, ya que la conceptualización en las leyes es nula o general. Por ello, es importante contrastar las aportaciones conceptuales que existen en torno a la VO, para que las normatividades reconozcan de una manera más amplia esta problemática.

Este trabajo plantea que el reconocimiento de la VO es una necesidad que requiere que la normatividad enuncie las diversas variables en torno al fenómeno. De este modo, pretende analizar los contenidos normativos con la intención de comparar qué elementos toman en consideración para reconocer el problema e identificar cuáles no están presentes y son de utilidad para mejorar o crear un marco normativo.

El objetivo se orienta a comprender el concepto de la VO y la necesidad de robustecer la normatividad para que los servicios de salud garanticen el respeto de los derechos de las mujeres. La primera parte del texto se centra en la construcción de las categorías conceptuales de la violencia obstétrica; la segunda recapitula las descripciones normativas que integran la VO en cada país; a continuación, se presenta la metodología para la comparación de las normatividades con las categorizaciones obtenidas de los conceptos; la tercera parte la presentación de los resultados; para cerrar con una discusión de resultados y las conclusiones.

1.1. Conceptualización desde el ámbito de ocurrencia

Al conceptualizar la VO es usual encontrar definiciones generales que superficialmente abordan las variables que describen el fenómeno. Luna y Ramos (2015) la consideran como un problema de salud pública pertinente a las mujeres, naturalizado, poco perceptible y con un origen institucional. Esta afirmación es generalizada debido a que los elementos que las autoras utilizan son escuetos y no profundizan en cada una de las variables que integran el concepto.

El contexto de la VO se contempla en el ámbito de ocurrencia institucional, aplicado a tres momentos en los que se atiende a la mujer (Quattrocchi, 2018): parto, proceso en el que existen alteraciones físicas que preparan el nacimiento; nacimiento, etapa donde se expulsa el bebé; y puerperio o posparto, proceso de recuperación del organismo de la madre (entre 35 y 40 días después del nacimiento).

En el ámbito institucional, existen dos factores relevantes, uno relacionado con el personal respecto a la capacitación técnica y el trato (calidez), y el segundo con los recursos (infraestructura, económicos y materiales con los que operan las instituciones). La violencia institucional no solo implica la calidad desde el trato del personal, también las condiciones que guardan los recursos con los que operan las instituciones, ya que influyen en las acciones y omisiones que se dan durante el proceso de atención.

La VO conlleva abuso y falta de respeto durante la asistencia profesional (Lansky et al., 2019), ignorar la espontaneidad, posturas, ritmos, tiempos del progreso natural del parto, necesidades emocionales de la madre y el bebé, la autoridad y autonomía de la mujer y el bebé, y la experiencia de gestación y parto (Ricoy, 2013, citado en Asociación el Parto es Nuestro, 2016) o la presencia de prácticas coercitivas como la anticoncepción forzada. Las acciones y omisiones en la VO muestran que la persona especialista de la atención sanitaria cuenta con la legitimación estatal para apropiarse del lugar, saber y poder. Desestima los derechos de libre elección y el parto humanizado, además de contar con prestigio social necesarios para afirmar bajo la centralización del poder, el ejercicio sobre las decisiones del parto (Belli, 2013).

Las acciones violentas se observan en la realización de cesáreas innecesarias, intervenciones autoritarias para la anticoncepción, seguimiento inadecuado del proceso gestacional, procesos invasivos y malos tratos en los servicios de atención ginecobstétrica y parto. Estos ejemplos forman parte de algunos de los factores técnicos-científicos,

administrativos, económicos, humanos y relacionales interpersonales (Vargas, et al. 2013).

El capital simbólico del que habla Bourdieu (Fernández, 2005) conecta la propuesta de la violencia institucional con la violencia estructural. Si la VO se encuentra en un entorno institucional, entonces el Estado permite la reproducción de los actos violentos (violencia estructural). El mantenimiento de esta violencia indica que el Estado reproduce y en ocasiones permite que la sociedad viva desigualdades o limitaciones en el acceso de condiciones dignas (La Parra y Tortosa, 2003). La violencia institucional resulta de la violencia estructural al legitimar actos que afectan a las mujeres durante la atención ginecobstétrica y sus derechos.

Este problema amerita la visualización por parte del Estado, ya que vulnera los derechos humanos (Araujo, 2019). Si bien se mencionó que el personal es un elemento que debe encontrarse en la conceptualización, también debe referirse que existe personal que puede desempeñarse completamente desde la ética de su profesión y/o especialización. Sin embargo, si institucionalmente no se cuenta con los mecanismos y herramientas adecuadas para la atención, esto forma la violencia institucionalizada (Carreño y Sánchez, 2019).

La institucionalización de la VO implica un sistema de salud precario, inversión reducida en maternidades, conductas irrespetuosas y sin ética, y una construcción de relaciones de poder sobre el cuerpo de las mujeres (Cassadio et al., 2016), procedimientos no adecuados, omisiones como parte del actuar cotidiano de personas del servicio público y falta de recursos suficientes para garantizar la vida libre de violencia para las mujeres (Bejarano y Arellano, 2014). En este sentido, las condiciones institucionales, organizativas e instrumentales que forman parte de los tipos de violencia (Aremy et al., 2016).

1.2 Conceptualización desde los derechos humanos

Los derechos humanos son una fuente generadora de cambio, pero son limitados por el régimen y las ideologías que son ejecutadas desde la acción estatal. En este sentido, los derechos son considerados como tales en conformidad con las valorizaciones y categorizaciones que el Estado decide reconocer, de tal manera que pueden crear o suprimir dichos derechos conforme a sus intereses (Tilly, 2018; Donnelly, 2013). Los

derechos humanos proponen que todas las personas por el hecho de ser humanos tienen derechos que deben ser respetados y velados por la autoridad.

El concepto de los derechos humanos es un sustantivo de los problemas públicos, su concepción y reconocimiento han resultado de las formas en las que el poder público se ha ejercido con límites escasos frente a los gobernados. Así resultó en un proceso de institucionalización para la incorporación del enfoque de derechos humanos (Del Pilar y Aguilar, 2016). Los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) establecieron acciones que (sin integrar el concepto) podrían reducir los efectos de la VO. Las acciones lograron una ligera reducción de las muertes maternas y el incremento en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, pero los resultados destacaron la necesidad de sumar esfuerzos para tener personal altamente capacitado para mejorar la salud materna (OPS/OMS, 2017).

Los servicios de salud deben considerarse como parte integral de los derechos humanos. La falta de estos servicios vulnera los derechos individuales y colectivos, sabiendo que los servicios de salud representan la protección de la comunidad (Cordero, 2011). Desde una visión normativa, los servicios públicos deben cumplir con ser continuos al satisfacer las necesidades mientras existan; adaptativos al presentarse con elementos técnicos actualizados, y modificables para que la prestación sea mejor y satisfactoria; e igualitarios en el acceso sin discriminación (Gutiérrez, 2003, citado en Armienta, 2013: p. 93).

Medina (2009) realiza una aportación en la construcción del concepto de la VO en un ejercicio de recopilación de testimonios, visibiliza la violación de los derechos a la intimidad, cuando existen acciones como el tacto genital innecesario o excesivo; información, cuando se realizan procedimientos sin informar el porqué; libre decisión, sin oportunidad a decidir sobre la aplicación o decisión sobre los procedimientos; y trato digno, con una atención basada en la jerarquía, insensible como parte del abuso de poder, ocasionando la pérdida de autonomía y capacidad de decisiones (Villegas, 2009, citado en Frías, 2017) de las mujeres sobre su sexualidad.

Las prácticas médicas coercitivas en la VO vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, las vuelven sumisas ante las decisiones que el personal de salud toma durante la atención (Sosa, 2018). Pero no solo vulneran los derechos reproductivos de la mujer, también los de su pareja al influir en la decisión libre y responsable del número de nacimientos y los lapsos de tiempo entre ellos (ONU, 1995).

Ejemplo de esto es la anticoncepción forzada, una práctica autoritaria donde el personal aplica algún método anticonceptivo o realiza procedimientos en las mujeres sin autorización (Engender, 2002, citado en Erveti y Castro, 2015).

Cuando se habla de la vulneración de los derechos humanos en la VO, se hace hincapié en que la institucionalización de la violencia permite que derechos como la protección a la salud, la libre decisión, privacidad, integridad física y moral se vean comprometidos. En este sentido, se plantea el reconocimiento y tipificación de la VO con la intención de proteger los derechos universales que son trastocados por el fenómeno (Al Adib et al., 2017).

1.3 Conceptualización desde los instrumentos internacionales

Uno de los principales documentos vinculantes en América Latina respecto a la protección de las mujeres contra la violencia es la Convención Belém do Pará. El artículo 9 describe que «los Estados Parte deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer [...] cuando está embarazada» (OEA).

La Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing refiere que el control de las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva es un derecho humano que debe ser reconocido, un derecho de las parejas a decidir libremente el número de hijos que desean tener, sin la necesidad de enfrentarse a discriminación y coacción por esta decisión. Expresa que la salud de las mujeres se compromete cuando existen servicios inadecuados o faltantes para atender la salud sexual y reproductiva.

La CEDAW, en su artículo 12, aborda la calidad de los servicios y la atención durante el embarazo, parto y posparto. También establece que los Estados miembros deben de adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención médica para garantizar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres al acceso a servicios de atención médica, incluso los que se refieren a la planificación de la familia (ONU, 1979).

El Consenso de Montevideo, que se desprende del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, es un conjunto de medidas enfocadas a la integración de las personas de manera igualitaria y bajo el respeto de los derechos humanos al desarrollo sostenible. El Consenso marca que es necesario eliminar toda causa prevenible de morbilidad y mortalidad materna, incorporando prestaciones

integrales de servicios de salud sexual y reproductiva, además de que exista acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad durante el embarazo, parto y puerperio (CEPAL, 2013).

La Tabla 1 muestra los instrumentos de protección a las mujeres que los países analizados han adoptado en relación a la salud sexual y reproductiva, así como a los servicios de calidad y adecuados para el seguimiento del embarazo, parto y puerperio. La letra «S» refiere al año en que fue suscrito y la letra «A», el año en que el Congreso nacional llevó a cabo la aceptación del instrumento. Los años que no tienen nomenclatura refieren a la suscripción sin tener aceptación por parte del Congreso nacional.

Tabla 1. Instrumentos internacionales adoptados para la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y maternidad

| Instrumento | Argentina | Chile | México | Venezuela |
|--|-------------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Belém do Pará | S: 1994 A:1996 | S: 1994 A: 1996 | S:1994 A: 1999 | S: 1994 A:1995 |
| CEDAW | S: 1979 A:1985 A:2006** | 1979 S:1999* A:2019* | S:1979 A:1981 | 1980 |
| Plataforma de acción de Beijing | 1995 | 1995 | 1995 | 1995 |
| Consenso de Montevideo | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 |

*Protocolo facultativo suscrito en 1999 y aprobado por el Senado en 2019 pero sin promulgación presidencial. **Aprobación del protocolo facultativo

Fuente: elaboración propia con base en datos de (OEA, 2020; SAIJ, 2020; OVDHM; ACNUDH, 2020).

Este escrito entiende la VO como una violencia institucionalizada, dado que las características de los recursos (organizacionales, instrumentales y económicos), actuación (acciones y omisiones) y trato por parte del personal, la información y los procesos de atención son legitimadas por el Estado por medio de las instituciones de atención. En consecuencia, implica la vulneración los derechos humanos que reconocen que cada elemento de los servicios de atención y sus procesos son importantes en torno al respeto de los derechos de las mujeres.

2. METODOLOGÍA

Se presenta una investigación cualitativa de carácter descriptivo en torno al método de análisis comparativo. El análisis comparativo, en especial en el ámbito jurídico, es de utilidad para contrastar realidades normativas y de diversos instrumentos jurídicos que

regulan la actividad y fenómenos sociales (González, 2023). De esta manera, se puede encontrar un problema social común a partir del cual se puede analizar cómo las sociedades buscan resolver sus problemas. Este tipo de análisis permite que las ciencias sociales y de la salud tengan un campo para encontrar diferencias o elementos en común en los casos estudiados (Rainer-Olaf, 2019: p. 67).

La investigación descriptiva se adecua al estudio de los datos cualitativos debido a que la investigación es sobre un hecho que se transforma en una imagen o un argumento (Sánchez et al., 2010: p.105). Los estudios descriptivos no toman en cuenta o no se forman bajo una hipótesis (Aggarwal y Ranganathan, 2019), sino que se centran en exponer, contrastar o retratar la realidad respecto a ciertas variables de un fenómeno.

Este tipo de estudios está limitado por la manipulación de variables, ya que no se inclina a analizar las fuerzas causales. En este sentido, únicamente realiza un retrato sobre las características del fenómeno o caso estudiado. Con todo, este tipo de estudios son útiles para generar estudios futuros o recomendaciones que puedan analizar los diversos aspectos del problema.

La recolección de los datos fue realizada a través de documentos normativos oficiales. La primera fuente de información fueron las páginas electrónicas de los congresos, seguida de las páginas de las secretarías/ministerios de salud y las páginas de informes internacionales de la ONU como la OMS y OPS y organismos nacionales de derechos humanos. Aunque se encontraron propuestas de ley, reformas a las leyes y normas, estos documentos no se consideraron como parte del análisis debido a que, al ser propuestas, no hay una obligación aún por acatarlos.

Los documentos recopilados fueron las constituciones, leyes de salud, normas técnicas y leyes de programas públicos de los países de Argentina, Chile, México y Venezuela relacionados directamente con el concepto de VO o que reconocen las variables relacionadas: condición de vulnerabilidad, no discriminación en el servicio y atención, atención sin omisión o falta del servicio, toma libre de decisiones (protagonismo), respeto a procesos naturales (tiempos y posturas), atención con personal capacitado, instalaciones adecuadas, acceso a la información, medicalización y revisiones no excesivas, atención y seguimiento del embarazo, parto, posparto y puerperio, decisión libre de las parejas sobre intervalos y cantidad de nacimientos, decisiones libres sobre salud sexual y reproductiva, disminución de la mortalidad materna.

Una vez recopilados los documentos, se procedió llenar una matriz de contenido, la cual contrastó las variables de análisis frente a los documentos de cada país. De esta manera, se procedió a calcular una ponderación de presencia de contenido en la normatividad para formar o que forma parte del concepto de VO. Así, las trece variables analizadas conforman un puntaje esperado de 13 puntos (100%), de tal manera que cada variable considera un valor de uno.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Normatividad ante la VO en Argentina

Argentina cuenta con un marco normativo respecto a la VO integrado por cinco leyes, dos reglamentos y protocolos de atención. Esta serie de normas no solo reconoce la VO, sino que puntualiza diversos componentes de este fenómeno. Aunque no menciona cuestiones de recursos (exceptuando los humanos), describe cómo deben presentarse las condiciones en la prestación de los servicios.

La Ley de Protección Integral de Mujeres (2009) y su reglamento (2010) abordan que la violencia vulnera derechos de decisión; se ejerce por el personal de la salud, en un trato deshumanizado, abusando de medicación y patologización, resaltando el respeto a los procesos naturales. Se menciona en el reglamento de esta ley que su creación es una respuesta a los compromisos adquiridos ante la CEDAW y la Convención Belem do Pará.

La Ley del Parto Humanizado (2015) y su reglamento resaltan que las mujeres tienen derecho a la información sobre las intervenciones para que puedan tomar decisiones libres sobre las alternativas de intervención. Se destaca que el trato debe ser respetuoso, individualizado y personalizado, respetando los elementos culturales y la intimidad.

La Ley del Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica (2006) destaca el derecho de las mujeres al acceso a la realización de la ligadura de las trompas de Falopio. Práctica que se debe realizar mediante consentimiento informado y, en ningún caso, otra persona puede brindar el consentimiento (exceptuando incapacidad).

La Ley del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable busca, entre otros objetivos, la disminución de la morbilidad materno-infantil; garantizar acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, así como potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Los protocolos de atención prenatal, parto de bajo riesgo, puerperio fisiológico y de atención al recién nacido abordan temas de calidad, eficiencia, eficacia, libre acceso, seguridad, trato, cuidado de las relaciones interpersonales para la atención de las mujeres y atención por parte de personal capacitado. Estos protocolos ponen énfasis en resguardar los derechos de las mujeres durante la atención del parto, así como del recién nacido (Ministerio de Salud, 2008).

3.2 Normatividad ante la VO en Chile

Chile no presenta una tipificación amplia de la VO, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Sin embargo, tiene una norma técnica publicada en el año 2015 (Norma Técnica para la Atención del Puerperio), donde se reconocen los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y donde destaca la toma de decisiones sobre los mismos, así como la atención de los servicios de salud de calidad; maternidad segura; información y decisión sobre procedimientos; una atención del parto personalizada.

La única ley que se puede identificar con un contenido de elementos que podría ayudar a reconocer y establecer la VO como un problema es la Ley de Derechos y Deberes del Paciente (2006). Sin embargo, esta ley es de aplicación general al especificar que el trato en los servicios debe ser digno, autónomo e igualitario, con calidad y seguridad, con lenguaje adecuado e inteligible, acceso a la información y el acompañamiento de las mujeres y personas gestantes, niños, niñas y adolescentes, entre otros aspectos. Por esta razón, se puede afirmar que Chile no presenta una conceptualización normativa en torno a la VO.

3.3 Normatividad ante la VO en México

México no cuenta con una conceptualización normativa que sea específica en el abordaje de la VO. En algunas entidades federativas se menciona la VO como parte de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de cada Estado. Sin embargo, tanto en la Ley General de Salud (LGS, 2020) como en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 (DOF, 2016) contemplan elementos que empatan con lo que este escrito resalta como variables para la conceptualización normativa de la VO.

La LGS (2020) resalta la protección de las mujeres que se encuentran en el periodo de embarazo, parto, posparto y puerperio. Menciona que las prestaciones de salud deben ser de calidad, oportunas e idóneas al recibir atención profesional y responsables

éticamente, con un trato respetuoso y digno por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares. Reconoce el derecho a la información suficiente, clara y oportuna y la libre decisión sobre los procedimientos, reconociendo la esterilización forzada como una práctica sancionable.

La NOM-007 provee criterios para atender a las mujeres durante el parto, puerperio normal y a la persona recién nacida. Indica el respeto a las posiciones de la mujer cuando no representen un peligro; no medicación en el trabajo de parto natural (solo si es necesario se aplican con previa información y autorización); atención que debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos; los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas; la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, dignidad y cultura, facilitando, en lo posible, apoyo psicológico durante su evolución; incluso se contempla la posibilidad de la atención por parteras en establecimientos de atención médica autorizados (DOF, 2016).

3.4 Normatividad ante la VO en Venezuela

En Venezuela la maternidad es protegida desde el artículo 76 de la Constitución, que menciona la integralidad de la protección, el derecho de las parejas para decidir el número de hijos e hijas que deseen concebir. Además de asegurar servicios de planificación familiar que se basen en valores éticos y científicos, responsabiliza al Estado como agente que garantiza la asistencia y protección de la maternidad desde el momento de la concepción, .

La VO se estipula en la Ley Orgánica sobre Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud al recibir un trato deshumanizador, así como el abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales, de manera que se da una pérdida de la autonomía y capacidad de decisión libre sobre su cuerpo y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

El Decreto constituyente para la promoción y protección del parto humanizado (Gaceta Oficial, 2018) promueve y garantiza el derecho humano de quienes integran las

familias a una gestación y parto de nacimiento humanizado; busca generar las condiciones necesarias para la expresión y desarrollo de las relaciones humanas que se fundamenten en el amor, afecto, seguridad, solidaridad, respeto recíproco y esfuerzo común. Este decreto establece la humanización de los procedimientos y prácticas médicas para que la mujer sea protagonista del proceso de parto.

El Protocolo de Atención, Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia (2013) reconoce un compromiso por disminuir la mortalidad materna mediante el equipamiento y creación de servicios especializados, buscando que el personal de salud cuente con capacitación centrada en los avances científicos para el beneficio de las madres e hijos.

3.5 Comparación normativa

Una vez revisadas las características que existen en torno a la normatividad de cada país, se puede apreciar que únicamente Argentina y Venezuela tienen leyes específicas sobre la VO. En el caso de Chile y México si bien tienen protocolos y manuales técnicos para la atención, no presentan una conceptualización o reconocimiento específico de la violencia obstétrica. Chile se presenta un marco normativo general para los servicios de atención de la salud, además de un largo listado de propuestas de ley que se han encontrado sin seguimiento o entrada en vigor.

La Tabla 2 presenta las variables relacionadas con la VO y la integración de estas en la normatividad de los países. Esta ponderación no es determinante para el abordaje de la VO ni para tener resultados positivos en su erradicación (normatividad *de facto*), pero permite observar aquellas integraciones necesarias en las normatividades para el reconocimiento de la VO.

Tabla 2. Relación de diferencias y similitudes en la normatividad ante la VO en los países de estudio

| Variables para considerar | Argentina | Chile | México | Venezuela |
|--|-----------|-------|--------|-----------|
| Identifica la condición de vulnerabilidad | 0 | 0 | 1 | 1 |
| No discriminación en el servicio y atención | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Atención sin omisión o falta del servicio | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Toma libre de decisiones (protagonismo) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Respeto a procesos naturales (tiempos y posturas) | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Atención con personal capacitado | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Instalaciones adecuadas | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Acceso a la información | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Medicalización y revisiones no excesivas | 1 | 0 | 1 | 1 |

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|------|
| Atención y seguimiento del embarazo, parto, posparto y puerperio | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Decisión libre de las parejas sobre intervalos y cantidad de nacimientos | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Decisiones libres sobre salud sexual y reproductiva | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Disminución de la mortalidad materna | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Ponderación | 69% | 61% | 92% | 100% |

Fuente: elaboración propia con base en los instrumentos internacionales a los que se encuentra suscritos los países analizados y la normatividad nacional aplicable.

La variable «identifica condición de vulnerabilidad» se presenta en México y Venezuela, identificando que existe vulnerabilidad durante el parto y puerperio. En el caso de Argentina y Chile no mencionan que sea un momento de vulnerabilidad. La no discriminación en el servicio y atención está presente en Chile, pero de manera atípica, ya que no presenta una ley o reglamentación específica sobre la atención obstétrica, únicamente lo hace en la Ley de Derechos y Deberes del Paciente al presentar los pilares sobre los que se fundamenta el acceso a la atención de salud.

Atención sin omisión o falta del servicio solo es considerada por Chile y Venezuela, reconociendo que vulneran los derechos. Sin embargo, Argentina y México no lo consideran. La decisión libre de las parejas sobre el intervalo y cantidad de nacimientos se estipula en todos los países. Sin embargo, Chile no cuenta con una norma específica. Se tomó como referencia la libre decisión sobre los procedimientos que tiene el paciente.

El respeto a los procesos naturales se encuentra en Argentina, México y Venezuela, al considerar la intervención para modificar el tiempo del proceso de parto siempre y cuando sea necesario y prioritario. Para la variable de personal capacitado, el único país que no menciona esto es Argentina. El que no se cumpla con estas determinaciones no significa que el personal no sea profesional, pero resalta la necesidad de establecer tal característica en los medios normativos.

En torno a las instalaciones adecuadas, México contempla atención en emergencia obstétrica donde estipula que, si una unidad médica no cuenta con los recursos, es importante atender a la mujer en una unidad adecuada. Argentina no lo contempla en su normatividad, mientras que en el caso de Chile se menciona como la utilización de los medios necesarios para la prestación de servicios. Por su parte, Venezuela considera que es importante la utilización de instalaciones, instrumentos y técnicas para la atención adecuados.

El acceso a la información en el caso de los cuatro países se reconoce como un derecho humano. La medicalización y revisión excesiva en Chile es una variable generalizada para las y los pacientes. La atención y seguimiento del embarazo en Chile se agrega la atención psicológica como parte de la norma técnica para la atención del puerperio. Venezuela considera la necesidad del seguimiento desde el momento de la concepción. México se refiere a la atención desde el embarazo, parto, posparto y puerperio.

Disminución de la mortalidad materna: en el caso de México y Venezuela también se agrega el término «morbilidad materno-infantil», buscando dar también protección al neonato y sus posteriores etapas de crecimiento ante las posibles enfermedades.

Se hace evidente que la ponderación que alcanza Chile se debe a la falta de conceptualización de la violencia obstétrica. Aunque el Estado reconoce otro tipo de violencias, los avances en violencia obstétrica no son un punto de referencia para brindar la atención a las mujeres. La información considerada para ponderar a Chile parte de la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, así como de la Norma Técnica para la Atención en el Puerperio.

LIMITACIONES

Las limitaciones del estudio versan en torno a la interpretación de las normatividades, puesto que, para poder relacionar las variables, se deben establecer parámetros de contenido que permitan la contrastación con las variables de análisis. Esto implica que existe una interpretación por parte de los autores la cual trató de ser subsanada al tomar conceptos existentes de la VO y de los elementos que conforman el fenómeno. Las normatividades nacionales, a pesar de haber sido influenciadas por las propuestas de los instrumentos internacionales a los que se han suscrito los países, aún no contienen la totalidad de las características conceptuales de la violencia obstétrica.

Una de las cuestiones que quedan en el aire es la manera en la que la normatividad se ve reflejada como acciones específicas que demuestren que el hecho de contemplar un concepto integral repercute positivamente en la disminución e incluso en la erradicación de esta violencia.

REFLEXIONES FINALES

La ausencia de normatividades específicas se presenta solamente en los casos de Chile y México, que sin embargo integran elementos de protección a la salud materna que podrían dar la interpretación de que hay un reconocimiento del problema al que se enfrentan las mujeres sin nombrar la VO. En general, existen consideraciones normativas, lineamientos, protocolos y guías para la atención del parto. En esos documentos se menciona la calidad, pero no se profundiza en su significado para la entrega de los servicios. No en todos los países se menciona el concepto de violencia obstétrica, por lo que la definición o aceptación de esta violencia se encuentra supeditada al reconocimiento de otro tipo de violencias e incluso las condiciones bajo las que se da la atención.

De este modo, la VO debe verse no solo bajo la lupa de lo que hace el personal médico. Verse desde la lupa de una violencia institucional implica tomar en consideración todo el factor humano que interviene en la prestación de los servicios, así como las omisiones, ya sean en acciones o en cuestiones presupuestales que no todas las legislaciones especifican o toman en consideración.

Es necesario que se haga un reconocimiento de una responsabilidad del Estado para que las mujeres reciban servicios gineco-obstétricos libres de discriminación y violencia en cualquiera de sus tipos. De tal manera que se haga evidente que el Estado toma también cursos de acción específicos y necesarios para proteger los derechos de las mujeres. Es relevante considerar un reconocimiento para una presupuestación enfocada en las necesidades del área de atención ginecobstetricia, donde se conjuguen elementos de insumos, infraestructura, tecnología y capital humano.

Se encuentra también la necesidad de implementar protocolos que establezcan lineamientos y procedimientos en los que las expectativas en cuanto a la experiencia del parto de las mujeres sean escuchadas y atendidas. De esta manera, se esperaría que en la asistencia médica se garantice el respeto de los derechos humanos en la atención del parto.

En un futuro sería adecuado contemplar cómo la normatividad se enlaza en acciones de política pública y la forma en la que se construyen programas de atención materna para la prevención de la violencia. Incluso se debería considerar la relevancia que puede tener el hecho de que las mujeres reconozcan la VO y las posibilidades que puedan existir a su alcance para actuar ante tal problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGGARWAL, R.; RANGANATHAN, P. Study desiggnns: Part 2-Descriptive studies. En: *Perspect Clin Res*. 2019, vol. 10, núm. 1, pp. 34-36.
- AL ADIB, et al. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violencia de los derechos elementales de la mujer. En: *Medicina Legal de Costa Rica*. 2017, vol. 34, núm. 1, pp. 104-111.
- ARAUJO, C. Violencia obstétrica: una práctica deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿Un problema de salud pública y derechos humanos? En: *Revista Mexicana de Medicina Forense*. 2019, vol. 4, núm. 2, pp. 11-11.
- ARMIENTA, G. La privatización de los servicios públicos municipales, una necesidad para la democracia y una realidad. En: *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*. 2013, vol. 7, núm. 32, pp. 88-99.
- ASOCIACIÓN EL PARTO ES NUESTRO. *Informe del Observatorio español de la violencia obstétrica*. Madrid: Observatorio de Violencia Obstétrica, 2016. Disponible en: www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf
- BEJARANO, M.; ARELLANO, M. Violencia institucional contra las mujeres en el noreste de México. En: *Acta Sociológica*. 2014, vol. 65, pp. 97-120.
- BELLI, L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. En: *Revista Redbioética/UNESCO*. 2013, vol. 7, núm. 1, pp. 25-34.
- CARREÑO, J.; SÁNCHEZ, C. Violencia institucional y obstétrica, algunos indicadores para su explicación. En: *Perinatología y Reproducción Humana*. 2019, pp. 37-45.
- CASSADIO, A., Santos, et al. Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. En: *Enfermería Global*. 2016, vol. 44, pp. 452-464.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. En: CEPAL. *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Montevideo, Uruguay: CEPAL, 2013.
- CORDERO, J. Los servicios públicos como derechos de los individuos. *Ciencia y Sociedad*. 2011, vol. 36, núm. 4, pp. 682-701.
- DEL PILAR, M.; AGUILAR, C. A manera de introducción. En: Aguilar, C.; Del Pilar, M. (coords). *Derechos y políticas públicas Desafíos políticos e institucionales en México*. (págs. 11-48). México: Juan Pablos Editor, 2017.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF). *NOM-007-SSA2-2016 (México)*. 2016. [Consulta: 15 de enero de 2020]. Disponible en: <https://shorturl.at/RuQPJ>
- DONNELLY, J. The Concept of Human Rights. En: Donnelly, J. (ed.). *Universal Human Rights in Theory and Practice*. Nueva York: Cornell University Press, 2013; pp. 7-21.
- ERVETI, J.; CASTRO, Roberto. *Sociología de la Práctica Médica Autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción y derechos reproductivos*. Cuernavaca: UNAM, 2015.

- EVANGELISTA-GARCÍA, A.; TINOCO-OJANGUREN, R.; TUÑÓN-PABLOS, E. Violencia hacia las mujeres en la región sur de México. En: *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*. 2016, vol. 14, núm. 2, pp. 57-69.
- FERNÁNDEZ, M. La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. En: *Cuadernos de Trabajo Social*. 2005, vol. 18, pp. 7-31.
- FRÍAS, M. 25 años de investigación cuantitativa y cualitativa sobre la violencia en contra de las mujeres en México. En: *Realidad, Datos y Espacio Revista Internacional de Estadística y Geografía*. 2017, vol. 8, núm. 2, pp. 5-57.
- GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 41.376 *Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y el Nacimiento 12 de abril de 2018 (Venezuela)*. 2018. [Consulta: 25 de mayo de 2021]. Disponible en: www.ghm.com.ve/wp-content/uploads/2018/04/41376.pdf
- GOBIERNO DE CHILE. *Ley de Derechos y Deberes del Paciente, 20.584*. 2016. [Consulta: 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://shorturl.at/AgBzo>
- GOBIERNO DE MÉXICO. *Ley General de Salud*. 2020. [Consulta: 5 de abril de 2021]. Disponible en: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf
- GOBIERNO DE VENEZUELA. *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (2007)*. [Consulta: 6 de abril de 2021]. Disponible en: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf
- GONZÁLEZ, N. Punto de Partida: utilidad y fases del análisis comparativo. En: González, N. (coord.) *La incorporación del derecho comparado a la enseñanza del derecho internacional privado*. UNAM: Ciudad de México, 2023: pp. 1-12.
- LA PARRA, D.; TORTOSA, J. Violencia estructural: una ilustración del concepto. En: *Revista de documentación social*. 2003, vol. 131, núm. 3, pp. 57-72.
- LANSKY, S., et al. Obstetric violence: influences of the senses of birth exhibition in pregnant women's childbirth experience. En: *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019, vol. 24, núm. 8, pp. 2811-2823.
- LUNA, K.; RAMOS, R. ¿Qué es la Violencia Obstétrica? En: Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. (GIRE) (eds.). *Violencia Obstétrica un enfoque de Derechos Humanos*. 2015: pp. 12-26.
- MEDINA, G. Violencia Obstétrica. *Revista de Derecho y Familia de las Personas*. 2019, vol. 10, pp. 1-4.
- MINISTERIO DE SALUD. *Normas y Protocolos de Atención Prenatal, Parto, Puerperio y recién Nacido/a de Bajo Riesgo*. Nicaragua: 2008. [Consulta: 2 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://shorturl.at/77kAH>
- OBSERVATORIO VENEZOLANO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES (OVDHM). Disponible en: <http://observatorioddhnmujeres.org/legislacion/legislacion.htm>

- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (ACNUDH). *Obtenido de Instrumentos internacionales de derechos Humanos*. 2020. Disponible en:
www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/coreinstruments.aspx
- ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS (OEA). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*. Disponible en:
www.oas.org/es/mesecvi/convencion.asp
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. Nueva York: ONU, 2019. Disponible en:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100039.pdf
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Programa de acción de la conferencia internacional sobre población y desarrollo*. El Cairo: ONU, 1995.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Informe Final sobre los Objetivos del Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud en la Región de las Américas*. Washington D.C.: OPS/OMS: 2019.
- QUATTROCCHI, P. La violencia obstétrica, aportes desde América Latina. En: *Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito*. 2018, vol. 7, núm. 1, pp. 20-46.
- RAINER-OLAF, S. La comparación en la ciencia política. Tres generaciones de Heildegberg en comparación. En: Reynoso, J. (coord.). *La democracia en su contexto. Segunda edición renovada en homenaje a Dieter Nohlen en su octogésimo aniversario*. UNAM: Ciudad de México, pp. 67-80.
- SÁNCHEZ, M., BLAS, H.; TUJAGUE, M. El análisis descriptivo como recurso necesario en ciencias sociales y humanas. En: *Fundamentos en Humanidades*. 2011, vol. 11, núm. 2, pp. 101-114.
- SISTEMA ARGENTINO DE INFORMACIÓN JURÍDICA (SIAJ). 2020. Disponible en:
www.saij.gob.ar/legislacion/ley-nacional-24632-aprobacion-convencion-interamericana-para.htm?41
- SOSA SANCHEZ, I. A. Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. En: *Alteridades*. 2018, vol. 28, núm. 55, pp. 87-98.
www.redalyc.org/journal/747/74759716008/
- TILLY, C. Where Do Rights Come From? En: Theda Skocpol (ed.). *Democracy, Revolution, and History*. Nueva York: Cornell University Press, 2018: pp. 55-72.
- UNICEF, et al. *Protocolo de Atención, Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia*. 2013. Disponible en:
<https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf>
- VARGAS, J.; VARGAS, V.; HERNÁNDEZ, C. Calidad en prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. En: *Revista de Ciencias Sociales*. 2013, vol. 19, núm. 4, pp. 663-671. www.redalyc.org/articulo.oa?id=28029474005

MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE: UN ANÁLISIS ECOLÓGICO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN ENTORNOS VULNERABLES

Més enllà de l'evidència: una anàlisi ecològica de la violència domèstica en entorns vulnerables

Beyond the Evident: An Ecological Analysis of Domestic Violence in Vulnerable Environments

IVONE BRITO JIMÉNEZ 

Universitat de Barcelona (*Barcelona, España*)

Universidad del Magdalena (*Santa Marta, Colombia*)

NURIA RODRÍGUEZ ÁVILA 

Universitat de Barcelona (*Barcelona, España*)

Autora correspondencia: Ivone Brito Jiménez

Correo electrónico: ibritoji7@alumnes.ub.edu

Recibido: 01/01/2023

Aceptado: 17/05/2024

Publicado: 30/11/2024



RESUMEN

En función del enfoque ecológico, las mujeres que han sido víctimas de violencia doméstica interpretan y experimentan su entorno de diversas maneras, identificando los factores individuales, familiares, comunitarios y sociales que contribuyen a la perpetuación de la violencia doméstica. **OBJETIVO.** Explorar los factores vinculados a la violencia doméstica desde la experiencia subjetiva de mujeres colombianas. **MATERIALES Y MÉTODOS.** La investigación se fundamentó en un análisis temático, el cual implicó la realización de entrevistas a profundidad con 30 mujeres del distrito de Santa Marta, Colombia. Estas entrevistas abordaron tanto las características sociodemográficas de las participantes como los factores asociados, desde la perspectiva del modelo ecológico de la violencia en el entorno doméstico. **RESULTADOS.** Los temas asociados a la violencia doméstica como la edad, el estrato socioeconómico, el nivel educativo y los aportes económicos al hogar. Además, las experiencias pasadas en el conflicto interno armado de Colombia, las experiencias de violencia en el entorno doméstico, las estrategias de búsqueda de ayuda ante el Estado y otros factores pertinentes según el modelo ecológico. **CONCLUSIONES.** Los hallazgos resaltan la complejidad y la interacción entre varios factores que contribuyen a la perpetuación de la violencia doméstica, subrayando la necesidad de abordarla de manera integral y multidimensional.

Palabras clave: violencia doméstica, dinámica familiar, características sociodemográficas, modelo ecológico, análisis temático.

RESUM

En base a l'enfocament ecològic, les dones que han estat víctimes de violència domèstica interpreten i experimenten el seu entorn de diverses maneres, identificant els factors individuals, familiars, comunitaris i socials que contribueixen a la perpetuació de la violència domèstica. **OBJECTIU.** Explorar els factors vinculats a la violència domèstica des de l'experiència subjectiva de dones colombianes. **MATERIALS I MÈTODES.** La recerca es va fonamentar en una anàlisi temàtica, la qual va implicar la realització d'entrevistes en profunditat amb 30 dones del districte de Santa Marta, Colòmbia. Aquestes entrevistes van abordar tant les característiques sociodemogràfiques de les participants com els factors associats, des de la perspectiva del model ecològic de la violència en l'entorn domèstic. **RESULTATS.** Els temes associats a la violència domèstica com l'edat, l'estrat socioeconòmic, el nivell educatiu i les aportacions econòmiques a la llar. A més a més, les experiències passades en el conflicte intern armat de Colòmbia, les experiències de violència en l'entorn domèstic, les estratègies de cerca d'ajuda davant l'Estat i altres factors pertinents segons el model ecològic. **CONCLUSIONS.** Les troballes ressalten la complexitat i la interacció entre diversos factors que contribueixen a la perpetuació de la violència domèstica, subratllant la necessitat d'abordar-la de manera integral i multidimensional.

Paraules clau: violència domèstica, dinàmica familiar, característiques sociodemogràfiques, model ecològic, anàlisi temàtica

ABSTRACT

Based on the ecological approach, women who have been victims of domestic violence interpret and experience their environment in various ways, identifying individual, family, community, and social factors that contribute to the perpetuation of domestic violence. **OBJECTIVE.** Explore the factors linked to domestic violence from the subjective experience of Colombian women. **MATERIALS AND METHODS.** The research was based on a thematic analysis involving in-depth interviews with 30 women from the District of Santa Marta, Colombia. These interviews address both the participants' sociodemographic characteristics and the associated factors, from the perspective of the ecological model of violence in the domestic environment. **RESULTS.** There are topics associated with domestic violence such as age, socioeconomic stratum, educational level, and economic contributions to the home. In addition, past experiences in the internal armed conflict in Colombia, experiences of violence in the domestic environment, strategies for seeking help from the State, and other relevant factors according to the ecological model. **CONCLUSIONS.** The findings highlight the complexity and interaction between various factors that contribute to the perpetuation of domestic violence, underscoring the need to address it in a comprehensive and multidimensional manner.

Keywords: domestic violence, family dynamics, sociodemographic characteristics, ecological model, thematic analysis.

INTRODUCCIÓN

Según Winicki y Solari (2012), las mujeres víctimas de violencia doméstica experimentan el entorno familiar de manera diversa y compleja. Además, la violencia contra las mujeres se considera como una situación problemática en salud pública según la OMS (2016) que se ha presentado a lo largo de la evolución del ser humano, teniendo sus efectos en los ámbitos económico y social (Salgado y Moreno, 2012).

Según Krug et al, (2003) la violencia doméstica es un patrón de comportamiento abusivo en la familia y puede manifestarse de una variedad de formas, como física, emocional, sexual, económica o psicológica. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), aproximadamente un tercio de las mujeres en el mundo, lo que equivale al 30% de las mujeres de 15 años o más, ha sido víctima de violencia física o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual fuera de la pareja. Además, el 26% de las mujeres de 15 años o más sufren violencia doméstica por parte de su pareja.

Según el análisis de la situación de salud del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia, la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar en el distrito de Santa Marta en 2021 fue del 45,52%, una tendencia creciente frente al año 2020. La prevalencia de casos de violencia contra la mujer en el distrito de Santa Marta Colombia en 2021 fue del 51,47%, una disminución en comparación con la prevalencia a nacional del 41% en 2020. Sin embargo, la tasa sigue siendo alarmante (Asís, 2021).

El conflicto armado interno en Colombia tiene un impacto significativo en las mujeres víctimas de violencia doméstica, así como en varios aspectos de la sociedad y el sistema democrático. Además, según Cudris y Barrios (2018), este conflicto tiene efectos físicos, psicológicos y relacionales en todos los involucrados, ya sean civiles o militares.

Heise (1998) aborda los factores relacionados que contribuyen a la violencia doméstica utilizando el modelo ecológico de Bronfenbrenner. Este modelo divide los factores en cinco niveles de la ecología social, que incluyen aspectos sociales, culturales y las legislativos, así como aspectos de la vida personal. Enfatiza el impacto de los factores individuales, relacionales, comunitarias y sociales en este fenómeno. Al considerar factores sociodemográficos, culturales, económicos y políticos, podemos comprender mejor la aparición y persistencia de la violencia doméstica.

Con el uso de un análisis ecológico, la investigación busca identificar los elementos individuales, familiares, comunitarios y sociales que influyen en la violencia doméstica en mujeres. En vista de lo anterior, nos preguntamos: ¿cómo influyen los factores individuales y del entorno en la aparición y perpetuación de la violencia doméstica en contextos de vulnerabilidad, considerando el enfoque del modelo ecológico?

METODOLOGÍA

En este estudio usamos un enfoque cualitativo de acuerdo con Braun y Clarke (2006), quienes definen que el enfoque paradigmático cualitativo utiliza la hermenéutica y el análisis temático, un proceso complejo para identificar y reportar patrones significativos o temas dentro de los datos.

Para garantizar una descripción y reporte adecuados de la investigación cualitativa, se empleó la lista de verificación COREQ (Criterios consolidados para la representación de investigación cualitativa).

Participaron 30 mujeres, todas identificadas como víctimas de violencia doméstica perpetrada por sus parejas. Las entrevistadas forman parte de la Red de Mujeres del Magdalena de Santa Marta-Colombia, una organización que apoya a mujeres en situación de vulnerabilidad. Esta afiliación permitió focalizar el grupo de estudio en mujeres particularmente afectadas por la violencia doméstica. Fueron elegidas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, según lo propuesto por Patton (2015). Las características de las mujeres participantes pueden observarse en la Tabla 1.

Las participantes fueron convocadas por la presidenta de la red para formar parte del estudio y estas dieron su consentimiento informado para participar. Algunas no participaron para evitar recordar episodios disruptivos en su vida y otras no estaban interesadas en contar sus experiencias pasadas negativas. Finalmente, 30 mujeres fueron entrevistadas.

Las entrevistas se llevaron a cabo en lugares neutrales y sin distracciones, aceptados por las mujeres participantes, tales como oficinas independientes, centros comunitarios y salas de conferencias, para garantizar que las participantes se sintieran en un ambiente que no afectara sus respuestas ni les generara sesgos relacionados con su entorno social o familiar. El uso de zonas neutrales permitió que las respuestas de las entrevistas reflejaran con mayor precisión las opiniones

y perspectivas individuales de los participantes, sin la influencia externa de sus relaciones interpersonales o de su hogar.

Tabla 1. Características de las participantes

| Características Sociodemográficas | Descripción | Porcentaje |
|-----------------------------------|---|------------|
| Edad | Entre 18-62 años | |
| Estado Civil | 13 mujeres estaban en unión libre | 43.33% |
| | 8 eran solteras | 26.7% |
| | 4 estaban casadas | 3.33% |
| | 3 eran separadas | 10% |
| | 1 era divorciada | 3.33% |
| | 1 era viuda | 3.33% |
| Nivel Educativo | Formación técnica: 12 participantes | 40.00% |
| | Secundaria incompleta: 10 participantes | 33.33% |
| | Secundaria completa: 3 participantes | 10.00% |
| | Universidad cursada: 3 participantes | 10.00% |
| | Primaria completa: 2 participantes | 6.67% |
| Aportan Ingresos | No: 17 respuestas | 56.67% |
| | Sí: 13 respuestas | 43.33% |

Fuente: elaboración propia

Con el objetivo de maximizar la calidad y la validez de los datos, se emplearon entrevistas a profundidad que incluyeron preguntas basadas en la encuesta de victimización (DANE, 2003). Asimismo, se examinaron los factores ecológicos asociados a la violencia doméstica.

Cada entrevista, de entre 30 y 45 minutos, fue realizada por la primera autora del estudio, contando con experiencia y formación en el área social comunitaria y garantizando la aplicación

rigurosa de las metodologías de investigación y la obtención de información relevante y fiable durante el proceso de recopilación de datos. Los datos fueron complementados con notas de campo detalladas tomadas durante y después de la sesión que incluyeron observaciones sobre el comportamiento y las reacciones no verbales de los participantes, así como reflexiones inmediatas sobre las respuestas obtenidas. Además, se llevó a cabo un diálogo constante para asegurar que se alcanzara una profundidad adecuada y se evitara la redundancia en la información recolectada, garantizando así la validez y exhaustividad de los resultados.

Se cumplieron los requisitos de calidad y rigurosidad metodológica recomendada por Stenfors et al. (2020). Se utilizó un protocolo riguroso durante el proceso de codificación apoyado en programas informáticos como Atlas.ti y Microsoft Excel. Este protocolo permitió la organización inicial de los datos, la creación de tablas y gráficos descriptivos y el seguimiento de las categorías y subcategorías que aparecían durante el proceso de codificación. O'Brien et al. (2014) afirman que se deben tomar en cuenta los estándares para redactar el informe de investigaciones cualitativas. Se tomó en cuenta la confiabilidad, describiendo el estudio a fin de permitir realizar el estudio en contextos similares con una descripción detallada de la metodología, incluso si se llegara a conclusiones diferentes.

Los datos recopilados durante las entrevistas y las notas de campo fueron cuidadosamente revisados y cotejados con los hallazgos reportados para asegurar que reflejaran fielmente las experiencias y perspectivas de los participantes, y se presentó consistencia entre los datos presentados y los hallazgos. Además, se aseguró la claridad en los temas principales al seguir un enfoque estructurado para la identificación y la categorización de los temas. Los temas clave fueron definidos de manera clara y se les asignaron descripciones precisas basadas en los patrones recurrentes y las respuestas significativas extraídas del análisis.

Para garantizar el respeto, los derechos y el bienestar de los participantes, se utilizaron las consideraciones éticas basadas en la Declaración de Helsinki. Se establecieron estándares éticos como el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos y el manejo adecuado de la información (Lancet, 2000). La Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona aprobó la investigación con el número de la Junta de Revisión Institucional (IRB00003099) el 09 de mayo de 2023, mientras que el Comité de Ética de Investigación (CEI) de la Universidad del Magdalena, Colombia, aprobó la investigación en su sesión del 02 de marzo de 2023.

Para permitir una comprensión contextual de las circunstancias que rodean la violencia en el entorno doméstico, las entrevistas se grabaron y transcribieron. A partir de las respuestas se creó un sistema de temas para analizar tendencias y patrones.

RESULTADOS

La investigación empleó un análisis temático para desarrollar una matriz de temas y subtemas (ver Tabla 2), realizándose una definición del tema, así como preguntas orientadoras de la entrevista.

Los temas hallados abarcan (1) Influencia de las características sociodemográficas; (2) Experiencias pasadas con el conflicto interno armado en Colombia; (3) Experiencias de violencia en el entorno doméstico; (4) Estrategias de afrontamiento; y (5) Factores predisponentes según el modelo ecológico.

El análisis de la matriz mostró que las características sociodemográficas afectan significativamente las percepciones y respuestas de los participantes frente a la violencia y el conflicto. Las experiencias pasadas con el conflicto armado dejaron una huella profunda en la psique de los participantes, manifestándose en sus actitudes y comportamientos actuales. Las experiencias de violencia doméstica revelaron patrones de sufrimiento y adaptación que son críticos para entender la dinámica de la violencia en el hogar. Las estrategias de afrontamiento destacaron cómo los individuos enfrentan y manejan sus experiencias adversas, revelando tanto mecanismos de resiliencia como áreas de vulnerabilidad. Por último, los factores predisponentes identificados a través del modelo ecológico subrayaron la compleja interacción entre los factores individuales, familiares y comunitarios en la predisposición a la violencia.

Tabla 2. Matriz de temas del análisis temático (Resumen de Temas y Hallazgos Clave)

| Temas | Subtemas | Definición del tema | Preguntas orientadoras de la entrevista |
|---|--|---|---|
| T1. Influencia de las características Sociodemográficas | Edad Estrato socioeconómico Estado Civil Aporte económico Nivel educativo Régimen de salud Grupo étnico | Características de vulnerabilidad del grupo de estudio basadas en condiciones demográficas y económicas de las participantes. | ¿Qué edad tiene? ¿A qué estrato socioeconómico pertenece? ¿Cuál es su estado civil? ¿Aporta ingresos económicos? ¿Qué nivel educativo tiene? ¿A qué régimen de Seguridad Social pertenece? ¿Cuál es su ocupación? ¿A qué Grupo étnico pertenece? |
| T2. Experiencias pasadas con el conflicto interno armado en Colombia | Sentimientos y secuelas del conflicto interno armado. Violación de derechos humanos de las participantes Acciones por parte del estado | Experiencias relacionadas con el conflicto armado interno en Colombia, como desplazamiento forzado, violencia, amenazas y pérdida de seres queridos, entre otros. | ¿Ha experimentado usted o algún miembro de su familia alguna forma de violencia como consecuencia del conflicto armado interno en Colombia, violación a los derechos humanos y violación por el estado? |
| T3. Experiencias de violencia en el entorno doméstico | Vivencias de la violencia doméstica Diversidad en la Violencia: Tipologías y Dinámicas en el Entorno Familiar. Explicación de la aparición de la violencia doméstica Etapa de la vida en la que experimenta la violencia Efectos de la violencia doméstica | Experiencias de violencia física, psicológica, sexual, económica u otras formas de maltrato en el hogar o en relaciones íntimas. | ¿Se considera usted víctima de violencia doméstica? Si es así, ¿podría mencionar qué tipo de violencia ha experimentado en su hogar? ¿Ha sido víctima de violencia doméstica en algún momento de su vida? Si es así, ¿podría describir en qué etapa de su vida experimentó esa violencia doméstica? ¿Cuándo la violencia se da en las parejas, ¿quién es, según Usted la víctima más frecuente y por qué? ¿Qué efectos ocasiona la violencia en la mujer y familia? (físico, social, moral, psicológico) |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>T4. Estrategias de afrontamiento.</p> | <p>Denuncia de la violencia doméstica Estrategias para afrontar de la violencia Medidas de prevención de violencia doméstica</p> | <p>Estrategias para afrontar situaciones estresantes, adversas o conflictivas en la vida, que abarcan acciones cognitivas, emocionales o de comportamiento para gestionar el estrés y adaptarse a las circunstancias.</p> | <p>¿Cómo se puede evitar la violencia en el hogar? ¿Ha denunciado la violencia? ¿por qué lo hizo y a quien acudió? (redes de apoyo) ¿Cuáles considera usted, que deben ser las acciones realizadas por el estado para solucionar la violencia de género en el entorno hogar? ¿Cuáles considera usted, que deben ser las herramientas proporcionadas a las mujeres víctimas para minimizar y/o solucionar la violencia de género en el entorno hogar?</p> |
| <p>T5. Factores predisponentes según el modelo ecológico</p> | <p>La violencia doméstica según la víctima La violencia doméstica según el victimario</p> | <p>Factores ambientales, sociales, culturales e individuales que aumentan la probabilidad de exposición o susceptibilidad a la violencia doméstica, desde la perspectiva del modelo ecológico.</p> | <p>¿Cuál considera usted que son los factores internos y externos para usted sea víctima de violencia doméstica? analizadas en el Modelo Ecológico de la violencia basada en género. ¿Cuál considera usted que son los factores internos y externos que influyen en el victimario en ejercer la violencia doméstica? analizadas en el Modelo Ecológico de la violencia basada en género.</p> |

Fuente: elaboración propia

Estos hallazgos ofrecen una visión holística de los factores que contribuyen a las experiencias de violencia y conflicto, destacando las interacciones entre las variables sociodemográficas, las experiencias previas y los mecanismos de afrontamiento en un contexto integral.

Tema 1: Influencia de las características sociodemográficas

Las participantes tenían entre 18 y 62 años y se dividieron en dos grupos: 16 mujeres tenían entre 18 y 31 años y 14 tenían entre 32 y 62 años, destacando que las participantes eran jóvenes, lo que podría indicar una posible falta de experiencia y habilidades para detectar y abordar situaciones de abuso. En cuanto a su estrato socioeconómico, las participantes dijeron que tienen dificultades financieras para satisfacer sus necesidades básicas porque se encuentran en un estrato socioeconómico bajo, lo que indica una situación desfavorable en la que tienen pocos recursos y oportunidades económicas. En términos de estado civil, se observó que 13 mujeres estaban en unión libre (43.33%), 8 eran solteras (26.7%), 4 estaban casadas (13.33%), 3 eran separadas (10%), 1 era divorciada (3.33%) y 1 era viuda (3.33%). Esta diversidad de estados civiles puede aumentar el riesgo de sufrir violencia doméstica debido a la falta de estabilidad en las relaciones de pareja (ver Tabla 3).

Se encontró que 13 mujeres contribuían económicamente a los gastos de su hogar, mientras que 17 no lo hicieron, lo que indica que dependen de sus parejas sentimentales para pagar sus gastos. En relación con la educación, se encontró que tenían formación técnica: 12 participantes (40.00%); secundaria incompleta: 10 participantes (33.33%); secundaria completa: 3 participantes (10.00%), Universidad cursada: 3 participantes (10.00%); primaria completa: 2 participantes (6.67%). El acceso a recursos y oportunidades fuera del hogar puede verse limitado por este bajo nivel educativo. En cuanto a la seguridad social, se descubrió que 20 participantes estaban afiliados al régimen subsidiado, 8 al régimen contributivo y 2 no estaban seguros de su afiliación. La mayoría de las participantes, 27 mujeres, no pertenecían a ningún grupo étnico identificado, mientras que 3 eran afrodescendientes.

Tabla 3. Características sociodemográficas

| Características | Participantes |
|-------------------------------|---------------|
| Edad | |
| 18-31 | 16 |
| 32-62 | 14 |
| Estrato socioeconómico | |
| Bajo-bajo | 19 |
| Bajo | 11 |
| Estado civil | |
| Unión libre | 13 |
| Soltero | 8 |
| Casado | 4 |
| Separada | 3 |
| Divorciado | 1 |
| Viudo | 1 |
| Aporta ingresos | |
| No | 17 |
| Si | 13 |
| Nivel de escolaridad | |
| Técnica/Tecnológica | 12 |
| Secundaria incompleta | 10 |
| Secundaria completa | 3 |
| Universitaria | 3 |
| Primaria completa | 2 |
| Seguridad Social | |
| Régimen subsidiado | 20 |
| Régimen contributivo | 8 |
| No sabe | 2 |
| Grupo Étnico | |
| No pertenece a ninguna | 27 |
| Negro/afrodescendiente | 3 |
| Situación | |
| Colombiana residente | 29 |
| Colombiana retornada | 1 |

Fuente: elaboración propia

Tema 2: Experiencias pasadas con el conflicto interno armado en Colombia

Sentimientos y secuelas del conflicto interno armado

Las experiencias de violencia, desplazamiento forzado y pérdida de seres queridos reflejan la complejidad y los efectos del conflicto en su bienestar emocional, social y el sentimiento que marcará sus vidas para siempre por haber sido despojadas de sus propiedades y tierras, lo que las ha llevado a mudarse a otros lugares para buscar seguridad.

Las siguientes son algunas citas expresadas por las participantes:

«Sí, yo mismo he experimentado violencia como resultado del conflicto armado en Colombia, exactamente abandono y despojos de tierra, es terrible, es un evento que marcará mi mente toda la vida». (P1).

«Desafortunadamente mi familia ha sido víctima de la violencia del conflicto armado interno. Situaciones como: Abandono y despojos de tierra, desplazamiento forzado, confinamiento, víctimas de actos terroristas. No se lo deseo a nadie, es muy doloroso» (P3, P10, P11).

«La violencia del conflicto armado ha dejado cicatrices emocionales y físicas en mí y en mi familia. Situaciones como: abandono y despojo de tierras» (P30).

Violación de derechos humanos de las participantes

Expresión de las personas cuyos derechos humanos han sido violados manifestada a través de la discriminación de género, el reclutamiento de menores y la destrucción de viviendas e infraestructura.

Las participantes lo expresan en las citas:

«Sí, la discriminación por motivos de género ha sido una violación de mis derechos a la que he sido víctima» (P3).

«Sí, la violencia perpetrada por grupos armados constituye una violación de mis derechos humanos» (P4).

Como se trata a los menores: «Sí, el reclutamiento de menores por parte de grupos armados constituye una violación de derechos humanos» (P10).

«Sí, la destrucción de infraestructura y recursos naturales por el conflicto armado es una violación de derechos» (P10).

«Sí, la falta de acceso a la justicia y la impunidad por crímenes cometidos durante el conflicto es una violación» (P30)

Acciones por parte del Estado

No siempre actúa en defensa de sus ciudadanas al menos esa es la impresión que manifiestan la víctimas entrevistadas. En voz de las víctimas:

«Sí, fui reclutada a la fuerza por grupos armados estatales para combatir en el conflicto, ¡el estado no dio respuesta alguna!» (P3), (P10).

«Sí, fui desalojada de mi hogar, hice la denuncia y el estado no respondió a mi solicitud» (P18) (P19) (P20).

«Sí, mi familia fue desplazada forzosamente de nuestra tierra por órdenes del ejército» (P20).

«Sí, fui reclutada a la fuerza por grupos armados estatales para combatir en el conflicto y el estado no dio respuesta a la denuncia de mi familia» (P20).

Tema 3: Experiencias de violencia en el entorno doméstico

Vivencias de violencia doméstica

La violencia doméstica es muy común en sus vidas, ya que han sido víctimas de varios tipos de abuso por parte de parejas o familiares cercanos. Estas experiencias destacan la complejidad y gravedad de la violencia doméstica y los efectos perjudiciales en la salud física, emocional y social de las mujeres.

La violencia doméstica se traduce en agresiones físicas que buscan demostrar el poder del hombre sobre la mujer, con frecuencia frente a los hijos. Estas situaciones se ven agravadas por el consumo de alcohol y drogas.

Se observa en las siguientes expresiones:

«La agresión es solo a mí, quiere dominarme siempre y lamentablemente lo logra» (P1).

«A mis hijos y a mí, pero es más agresivo conmigo, es mayor que yo, consume alcohol y sustancias psicoactivas» (P18).

Aportaciones sobre las enfermedades mentales:

«Sí, me considero una víctima de violencia doméstica, mi esposo me ha pegado, me insulta, y me ha tomado a la fuerza; pero todo se debe a que sufre esquizofrenia esas reacciones son normales en él» (P24).

El problema del alcoholismo: «Solo a mí y algunas veces a la niña, el consume todos los días mucho alcohol, siempre llega borracho» (P18, P20).

Diversidad en la violencia: tipologías y dinámicas en el entorno familiar

Abarcan desde agresiones físicas con golpes y gritos «Sí, me considero una víctima de violencia doméstica, con golpes y gritos» (P1, P30, P25, P19). También a través de violaciones: «Sí, me considero una víctima de violencia doméstica, abusa de mí de todas las formas físico, sexual, económica y psicológico, y me da miedo salir de la casa» (P17). Las mujeres víctimas de violencia dicen haber sido maltratadas de diferentes maneras. Esto implica que las experiencias de abuso incluyen una variedad de formas de violencia, incluida la violencia física, psicológica, sexual o económica.

Explicación de la aparición de la violencia según las víctimas

Las mujeres perciben la violencia doméstica como inevitable debido a razones emocionales y económicas, como el vínculo con los hijos. Además, sienten que carecen de poder para establecer límites con sus parejas o esposos, y ocasionalmente beber alcohol o drogas agrava la situación. Algunas citas son: «La violencia es inevitable; siempre ha existido y siempre existirá, que están arraigados en la naturaleza humana y son difíciles de erradicar por completo. Además, la falta de comunicación de la pareja puede hacer la situación más difícil» (P1). Emocional: «Apego emocional, por ser desobediente y dependencia económica» (P30). «A mis hijos y a mí, creo que su infancia fue muy difícil y lo maltrataron» (P26). Abuso del poder: «Abuso de autoridad y control por parte de la pareja» (P24).

La etapa de la vida en la cual se experimenta la violencia

Principalmente durante la niñez, perpetuada por los padres, lo que puede normalizar comportamientos incorrectos. Sin embargo, también puede aparecer en otras etapas de la vida de las mujeres.

Las citas incluyen: «Siempre he sido una víctima, desde que era una niña, pero la verdad no importa la etapa en la que se viva, siempre dejará huellas imborrables» y pasa en cualquier etapa de la vida (P14, P29, P30). La observación de actos de violencia en el entorno familiar los normativiza un ejemplo de ello es: «He presenciado la violencia desde mi casa, por mi padre a todos sus hijos y a mi madre», eso jamás se olvida (P29, P5, P6).

Efectos de la violencia doméstica

Se materializan a través de la desvalorización, la depresión, el miedo y la dependencia emocional, como lo expresan las siguientes afirmaciones: «Desvalorización de la mujer,

tristeza, miedo, lejanía de sus familiares, pérdida de confianza en uno mismo y baja autoestima, pensamientos suicidas» (P1), «Depresión, baja autoestima, angustia» (P26, P17), «A mí me ha dado mucho miedo, depresión y falta de apetito, me cuesta mucho concentrarme y dormir» (P20).

Tema 4. Estrategias de afrontamiento

Las mujeres en el estudio compartieron estrategias para afrontar y buscar ayuda ante la violencia doméstica. Relataron cómo enfrentaron estas situaciones, recurriendo a apoyo emocional de familiares y amigos, ayuda profesional y participación en redes comunitarias de apoyo.

La denuncia

Las mujeres entrevistadas no consideran la violencia doméstica como una opción viable debido al temor a la vergüenza y culpa, la falta de conocimiento sobre cómo solicitar ayuda de las instituciones públicas, la desconfianza en la protección que puedan ofrecer y la fuerte dependencia económica.

Estos puntos se reflejan en las siguientes afirmaciones: «No, porque sentía vergüenza y culpa por la situación y no acudí a nadie» (P1). Como funcionan las instituciones: «Falta de conocimiento sobre cómo funcionan la justicia y por la lentitud de la respuesta del estado y las instituciones no se toman en serio los casos de violencia» (P20). La visión de la autoridad: «No, porque no confiaba en que las autoridades tomaran medidas efectivas» (P30). El miedo al marido: «El miedo a mi esposo, dependo económicamente de él» (P28).

Estrategias utilizadas por las víctimas para afrontar la violencia

Incluyen intentar dialogar, trabajar en el fortalecimiento de su autoestima: «Falta de autoestima, respeto y por intolerancia por parte de mi esposo y mía» (P26). Aprendiendo a dialogar, creando reglas y límites claros, buscando ayuda profesional.

Medidas de prevención

Se implementan mediante la educación formal, la intervención de profesionales de áreas como la psicología y el trabajo social, así como estudios sociológicos que generen concienciación sobre el problema. Esto se evidencia en:

«Es importante que nos brinden educación sobre las señales de alarma en el ciclo de la violencia» (P1, P16).

«Apoyo de profesionales de grupos de apoyo, recibir ayuda profesional de psicología por la salud mental afectada para reducir las secuelas y para brindar ayuda inmediata, soluciones ante la problemática, motivar a continuar con su vida después de denunciar, herramientas para encontrar buen empleo y emprender» (P25, P25, P30).

Tema 5. Factores predisponentes según el modelo ecológico

Durante las entrevistas, las mujeres mencionaron diversos factores predisponentes desde lo individual hasta lo social, en línea con el modelo ecológico.

La violencia según la víctima

Está vinculada a su situación de pobreza y a las oportunidades inexistentes en el mejoramiento de su calidad de vida. Ven difícil encontrar soluciones a sus problemas y algunas aceptan la violencia para evitar conflictos. La precaria situación económica es percibida como un factor que aumenta la violencia hacia ellas.

Por falta de oportunidades, podemos ver:

«Desde los diferentes sistemas, los que más influyó en mí son las condiciones de pobreza, la falta de oportunidades, aceptar la violencia como forma de solucionar los problemas, y los problemas conyugales, soy muy sumisa y no sé cómo cambiar esto» (P1, P23).

«No hay un único factor, pero muchas veces aceptamos la violencia para solucionar los conflictos, la falta de oportunidades, no poder encontrar un empleo, los problemas conyugales que nunca faltan y la falta de apoyo familiar, dependencia económica, por amor» (P15, P15, P27).

La violencia según el victimario

Las informantes sugieren que la violencia doméstica tiene sus raíces en los maltratos que ocurren entre generaciones dentro de la familia. Indican que la historia familiar influye en el comportamiento de los hombres.

Las entrevistadas destacan:

«No entiendo por qué mi pareja me trata mal, pero creo que hay situaciones que él ha vivido, influyen en él, las condiciones de desigualdades sociales, el machismo que lo hace pensar en la dominación, la situación de pobreza, falta de oportunidades, desempleo, consumo de alcohol y drogas, dependencia emocional y en su infancia el tener padres ausentes, maltrato en la infancia y haber sido víctima de abuso infantil» (P1, P15, P27).

En ocasiones se establece conflictos de relaciones de poder y procesos de inseguridad:

«Nunca había pensado en entender por qué mi pareja me agrede, pero creo que toda su vida ha experimentado situaciones de relacionadas con el abuso de poder, su familia vivió el conflicto armado, asesinaron a todos los hombres de su familia delante de él cuando era solo un niño, comenzó a tener problemas sociales en escuela, falta de oportunidades, asociación con compañeros delincuentes, la suma de todo eso ocasionó inseguridades y baja autoestima y dificultad para comunicar sus emociones» (P13).

DISCUSIÓN

Para comprender la complejidad de la violencia doméstica, es crucial investigar los factores subyacentes a partir de las narrativas de las participantes. Las experiencias previas de violencia, los factores sociodemográficos y los componentes del sistema ecológico interactúan de manera significativa, generando una dinámica con un gran impacto en este fenómeno. Se observa que las participantes eran jóvenes, lo que podría aumentar la vulnerabilidad a la violencia en comparación con sus agresores (Cordero, 2016). Además, muchas tenían formación incompleta, lo que concuerda con estudios que sugieren que las mujeres con bajos ingresos o educación incompleta tienen mayor riesgo de sufrir violencia (Bigizadeh et al., 2021).

Las participantes, mayormente en estratos económicos bajos, reflejan condiciones de pobreza. Estudios como el de Boira et al. (2016) sugieren que la situación económica y el control influyen en la violencia. Además, según Puente (2016), los bajos ingresos aumentan la probabilidad de ser víctima de violencia de pareja. La mayoría vive en unión libre o separadas, asociado por George (2016) con mayor violencia en parejas casadas por amor debido a la dependencia emocional. Tras la separación, persiste la violencia post-separación, definida por Brownridge (2006) como cualquier abuso sexual de una expareja.

La mayoría de las mujeres no contribuían económicamente al hogar, lo que se vincula con la violencia doméstica, apoyado por Bigizadeh et al. (2021), quienes indican que mujeres con bajos ingresos o educación incompleta son más vulnerables. Además, el 50% de las participantes experimentaron el conflicto armado en Colombia, aumentando su vulnerabilidad a la violencia en casa. Cadavid (2014) destaca el uso de mujeres como herramienta de guerra, con abusos sexuales y secuestros. Orduz (2015) sugiere que la falta de apoyo psicosocial tras la tortura lleva a depresión y problemas en las relaciones.

Las participantes relataron experiencias de abuso tanto para ellas como para sus hijos por parte de sus parejas. Valero (2017) destaca que la violencia hacia las mujeres es la más común, seguida de la violencia hacia menores y adultos mayores. En el estudio, se identificaron violencias física, psicológica, económica y sexual, coincidiendo con Herrera et al. (2020).

Lencha (2019) señala que el consumo de alcohol y otras sustancias puede exacerbar el comportamiento agresivo, reducir el autocontrol y aumentar la intensidad de la violencia, siendo esta una razón frecuente identificada en la investigación. Además, se exploró el historial de violencia experimentado por el agresor en su infancia, sugiriendo una transmisión intergeneracional de la violencia doméstica.

Este hallazgo está respaldado por Duryea (2017), quien sostiene que las mujeres adultas que experimentan abuso o cuyas parejas tienen historias de abuso infantil son más propensas a sufrir violencia. Además, se encontró que la dependencia económica es un factor que facilita la violencia, como señala Kurt et al. (2018), quienes observaron que muchas amas de casa dependían económicamente de sus esposos y guardaban silencio sobre el abuso doméstico debido a sus hijos.

La violencia puede surgir en cualquier etapa de la vida, como indican las experiencias compartidas por las participantes, respaldadas por Hernández (2019), quien señala que la agresión doméstica no sigue un patrón y puede ocurrir en cualquier momento. Los efectos de la violencia por parte de la pareja pueden causar una amplia gama de síntomas físicos, psicológicos y fisiológicos, como lo confirma Jiménez (2020), quien argumenta que el alto nivel de estrés experimentado por las mujeres víctimas puede desencadenar tales síntomas.

El sentimiento de vergüenza y culpa, junto con el temor a represalias por parte de la pareja y la desconfianza en las políticas públicas, así como el desconocimiento de sus derechos, son razones comunes por las cuales las víctimas no denuncian la agresión, una opinión compartida por Troya et al. (2023). Según las respuestas de las mujeres, la violencia se debe a una variedad de factores y a una combinación de situaciones que experimentan las víctimas y los agresores. De acuerdo con Bronfenbrenner, la violencia de pareja está influenciada por factores sociales, económicos, culturales y biológicos.

A pesar de que los resultados de este estudio ofrecen una perspectiva útil sobre el tema, es esencial abordar algunas restricciones que podrían haber afectado los resultados.

Debido a la sensibilidad del tema tratado, las respuestas de las participantes fueron limitadas en los primeros pasos de la investigación. La amplitud y la profundidad de las respuestas recibidas fueron influenciadas por este desafío inicial. La capacidad de respuesta mejoró notablemente después de poner en práctica estrategias para crear un entorno más favorable y de apoyo. Este cambio permitió una participación más activa y significativa, lo que permitió una recopilación de datos más amplia y rica. Según Smith et al. (2020), adaptar el entorno de investigación para hacer sentir a los participantes más cómodos puede mejorar la calidad de los datos recolectados, un hallazgo que también se refleja en este estudio.

CONCLUSIONES

Los factores sociodemográficos, como el nivel socioeconómico, la educación, el estado civil y la edad, inciden en la dinámica de poder familiar y en la probabilidad de violencia doméstica. Además, las personas que sufren las consecuencias del conflicto armado interno en Colombia podrían haber internalizado prácticas violentas y sufrir estrés postraumático, reflejado en sus relaciones interpersonales. Investigaciones han demostrado que un nivel socioeconómico bajo, una educación limitada y la inestabilidad marital aumentan la vulnerabilidad al abuso y maltrato dentro del hogar (García et al., 2018). Además, la edad puede ser un factor crucial, ya que los individuos más jóvenes o de mayor edad podrían ser más susceptibles a ciertos tipos de violencia debido a la dependencia económica o social. En el contexto colombiano, las personas que han vivido el conflicto armado interno pueden haber internalizado prácticas violentas y experimentar estrés postraumático, lo cual impacta sus relaciones interpersonales. «El trauma y la violencia asociados al conflicto armado pueden perpetuar ciclos de violencia en el ámbito doméstico, afectando profundamente las dinámicas familiares» (Pérez y Martínez, 2020).

La desestructuración social y la escasez de recursos económicos pueden exacerbar las tensiones familiares, facilitando así la violencia doméstica, que abarca diversas formas de maltrato. Según el modelo ecológico de Bronfenbrenner, tanto las víctimas como los agresores tuvieron experiencias previas de violencia y condiciones económicas difíciles, y las condiciones entre los distintos niveles del sistema ecológico interactúan entre sí, aumentando así la vulnerabilidad a la violencia doméstica. La falta de recursos genera un entorno de desesperación y frustración que, junto con una estructura social debilitada, incrementa la probabilidad de conflictos violentos (Ramírez et al., 2019).

El modelo ecológico de Bronfenbrenner ofrece un marco comprensivo para entender cómo los diferentes niveles de factores ambientales y personales interactúan y contribuyen a la violencia doméstica. Según este modelo, tanto las víctimas como los agresores pueden haber tenido experiencias previas de violencia y condiciones económicas difíciles. «Las condiciones económicas y las experiencias de violencia en distintos niveles del sistema ecológico interactúan entre sí, incrementando la vulnerabilidad a la violencia doméstica» (Bronfenbrenner, 1979). Esto sugiere que no solo los factores individuales, sino también las relaciones interpersonales, el entorno comunitario y las políticas sociales juegan un papel crucial en la dinámica de la violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIGIZADEH, S., et al. Attitude toward violence and its relationship with self-esteem and self-efficacy among Iranian women. En: *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2021, vol. 59, núm. 4, pp. 31-37.
- BLITCHTEIN-WINICKI, D; REYES-SOLARI, E. Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. En: *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 2021, vol. 29, núm. 1, pp. 35-43.
- BOIRA, S., et al. Miedo, conformidad y silencio. La violencia en las relaciones de pareja en áreas rurales de Ecuador. En: *Intervencion psicosocial*. 2016, vol. 25, núm. 1, pp. 9-17.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. En: *Qualitative research in psychology*. 2006, vol. 3, núm. 2, pp. 77-101.
- BRONFENBRENNER, U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press, 1979.
- BROWNRIDGE, D. A. Violence against women post-separation. En: *Aggression and Violent Behavior*. 2006, vol. 11, núm. 5, pp. 514-530.
- CADAVID, M. Mujer: Banco del conflicto armado. En: *Analecta Política*. 2014, pp. 301-318.
- CORDERO ORELLANA, M. V. *Reparación integral estatal a la víctima de violencia sexual para salvaguardar su proyecto de vida*. [Tesis de m̀aster]. Uniandes, 2016. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/4105>
- CUDRIS-TORRES, L.; BARRIOS-NÚÑEZ, Á. Psychological discomfort in victims of the armed conflict. En: *CS*. 2018, vol. 26, pp. 75-90.
- DURYEA, S.; ROBLES, M. Social Pulse in Latin America and the Caribbean: Family legacy, breaking the mold or repeating patterns? Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0005877>
- GARCIA, L., et al. *Factores sociodemográficos y violencia doméstica*. En: *Revista de Psicología Social*. 2018, vol. 33, núm. 2, pp. 225-238.
- GEORGE, J., et al. The prevalence of domestic violence and its associated factors among married women in a rural area of Puducherry, South India. En: *Journal of family medicine and primary care*. 2016, vol. 5, núm. 3, pp. 672-676.
- GOBIERNO DE COLOMBIA. *Encuesta de victimización*. 23 de marzo de 2024. Disponible en: www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/seguridad-y-defensa/encuesta-de-victimizacion.
- HEISE, L. Violence against women: an integrated, ecological framework: An integrated, ecological framework. En: *Violence Against Women*. 1998, vol. 4, núm. 3, pp. 262-90.
- HERNÁNDEZ-FLORES, A. *Violencia intrafamiliar y resiliencia*. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de México, 2019. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/106125>

- HERRERA, E., et al. Caracterización psicosocial en una muestra de mujeres víctimas de violencia de género en Colombia: un estudio piloto. En: *Revista de Investigaciones*. 2020, vol. 15, núm. 2, pp. 135-147.
- JIMÉNEZ, L. Repercusiones infantiles de la violencia familiar/doméstica. Familia. En: *Revista de Ciencia y Orientación familiar*. 2020, vol. 58, pp. 99-115.
- KRUG, E. G., et al. Informe mundial sobre la violencia y la salud. En: *Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*. 2003, vol. 45, núm. 3, pp. 130-130.
- KURT, E., et. Domestic violence among women attending to psychiatric outpatient clinic. En: *Noro Psikiyatri Arsivi*. 2018, vol. 55, núm. 1, pp. 22-28.
- LANCET, T. A fifth amendment for the declaration of Helsinki. En: *The Lancet*. 2000, vol. 35.
- LENCHA, B., et al. Correction: Intimate partner violence and its associated factors among pregnant women in Bale Zone, Southeast Ethiopia: A cross-sectional study. En: *PloS one*. 2019, vol. 14, núm. 5, p. e0214962.
- O'BRIEN, B., et al. Standards for reporting qualitative research. En: *Academic Medicine*. 2014, vol. 89, núm. 9, pp. 1245-1251.
- ORDUZ GUALDRON, F. Victimización y violencia sexual en el conflicto armado en Colombia. En: *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 2015, vol. 19, núm. 2, pp. 173-186.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Violencia contra la mujer*. OMS, 2016.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *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*. OMS, 2018. Disponible en: www.who.int/publications-detail-redirect/9789240022256
- MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. *Análisis de situación en Salud del Distrito de Santa Marta Colombia*: Ministerio de Salud, 2022. Disponible en: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-distrito-santa-marta-2022.pdf
- PATTON, M. *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. Londres: Sage, 2015.
- PÉREZ, J.; MARTÍNEZ, R. *Impacto del conflicto armado en la dinámica familiar*. En: *Journal of Peace Research*. 2020, vol. 57, núm. 1, pp. 100-115.
- PUENTE-MARTÍNEZ, A. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. En: *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2016, vol. 32, núm. 1, pp. 295-306.
- RAMIREZ, S., et al. *Desestructuración social y violencia doméstica*. Análisis Sociológico. 2019, vol. 25, núm. 3, pp. 319-335.
- SALGADO, L. A; MORENO, K. H. La violencia hacia la mujer. Antecedentes y aspectos teóricos. En: *Contribuciones a las ciencias sociales*. 2012.
- SMITH, J., et al. Creating Supportive Research Environments. En: *Journal of Qualitative Research*. 2020, vol. 15, núm. 3, pp. 123-140.

- STENFORS, T., et al. How to assess the quality of qualitative research. En: *The Clinical Teacher*. 2020, vol. 17, núm. 6, pp. 596-599.
- TROYA, A; et al. Violencia intrafamiliar y medidas de protección jurídica en las mujeres de la ciudadela Primero de Mayo de la ciudad de Babahoyo. En: *Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*. 2023, vol. 11, núm. 2, pp. 52-61.
- VALERO DÍAZ, B. *Género y paz: Relatos de mujeres víctimas de violencias*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada, 2017.

LA DOBLE INVISIBILIZACIÓN DEL DOLOR Y LA LIMITACIÓN DEL ROL DE GÉNERO: LA EXPERIENCIA DE UNA MUJER CON FIBROMIALGIA

*La doble invisibilització del dolor i la limitació del rol de gènere:
l'experiència d'una dona amb fibromiàlgia*

*The Double Invisibilisation of Pain and Gender Role Limitation: The
Experience of a Woman with Fibromyalgia*

LOURDES ROCÍO TERRÓN-HÍJAR 

ARGELIA GÓMEZ-ÁVILA 

Universidad Nacional Autónoma de México (*Estado de México, México*)

Autora correspondencia: Lourdes Rocío Terrón Híjar

Correo electrónico: terron.h09@gmail.com

Recibido: 13/08/2023

Aceptado: 10/06/2024

Publicado: 30/11/2024



RESUMEN

La fibromialgia (FM) es una enfermedad con una extensa sintomatología que abarca el dolor generalizado, alteración del sueño, mente dispersa, dolor de cabeza, cambios de humor, hipersensibilidad sensorial, etc., incluyendo cuadros de depresión, angustia y ansiedad. El dolor no solamente es algo físico, sino que se vincula a lo cognitivo y emocional, y cada persona lo experimenta de forma diferente. **OBJETIVO:** comprender la experiencia de una mujer con FM ante la percepción y valoración de sus síntomas, su rol de género y su manera de afrontar las limitaciones que esta enfermedad le produce. **MÉTODO:** paradigma cualitativo con marco interpretativo. **MATERIAL:** entrevista semiestructurada a una mujer de 56 años con un diagnóstico de fibromialgia, radicada en Ciudad de México. **RESULTADOS:** emergieron cuatro categorías: 1) Pérdidas y barreras físicas, 2) Limitación del rol madre/esposa, 3) La doble invisibilización de los síntomas y 4) Estrategias para recuperar autonomía y gestionar las emociones. **CONCLUSIONES:** la falta de visibilización de esta enfermedad repercute no solo en el diagnóstico y tratamiento, sino en ámbitos familiares y sociales, donde la comprensión ante las vivencias de las pacientes se complica al no contar con información y conocimientos suficientes. El enfoque de género permite reconocer que los roles sociales asignados a las mujeres como ser amas de casa y cuidadoras de miembros de la familia, complican la atención y descanso que pueden tener durante las crisis de dolor; también impactan la percepción de la sociedad cuando no pueden cumplir con esos roles.

Palabras clave: fibromialgia, género, invisibilización, dolor.

RESUM

La fibromiàlgia (FM) és una malaltia amb una extensa simptomatologia que abasta el dolor generalitzat, alteració del somni, ment dispersa, mal de cap, canvis d'humor, hipersensibilitat sensorial, etc., incloent-hi quadres de depressió, angoixa i ansietat. El dolor no solament és una cosa física, sinó que es vincula a dimensions cognitives i emocionals, i cada persona ho experimenta de manera diferent. **OBJECTIU:** comprendre l'experiència d'una dona amb FM davant la percepció i valoració dels seus símptomes, el seu rol de gènere i el seu afrontament de les limitacions que aquesta malaltia li produeix. **MÈTODE:** paradigma qualitatiu amb marc interpretatiu. **MATERIAL:** entrevista semiestructurada a una dona de 56 anys amb un diagnòstic de fibromiàlgia, radicada a Ciutat de Mèxic. **RESULTATS:** van sorgir quatre categories: 1) Pèrdues i barreres físiques, 2) Limitació del rol mare/emmanilla, 3) La doble invisibilització dels símptomes i 4) Estratègies per a recuperar autonomia i gestionar les emocions. **CONCLUSIONS:** la falta de visibilització d'aquesta malaltia repercuteix no sols en el diagnòstic i tractament, sinó en àmbits familiars i socials, on la comprensió davant les vivències de les pacients es complica al no comptar amb informació i coneixements suficients. L'enfocament de gènere permet reconèixer que els rols socials assignats a les dones, com ser mestresses de casa i cuidadores de membres de la família, compliquen l'atenció i descans que poden tenir durant les crisis de dolor. De la mateixa manera, tenen un impacte en la percepció de la societat quan no poden complir amb aquests rols.

Paraules clau: fibromiàlgia, gènere, invisibilització, dolor.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a disease with extensive symptoms encompassing generalized pain, sleep disturbance, a scattered mind, headaches, mood swings, sensory hypersensitivity, etc., including bouts of depression, distress and anxiety. The pain is not only a physical symptom, but it's related to the cognitive and emotional, and each person experiences it differently. **OBJECTIVE:** to understand the experience of a woman with fibromyalgia, the perception and assessment of her symptoms, her gender role and the coping with her limitations caused by this disease. **METHOD:** qualitative paradigm with an interpretive framework. **MATERIAL:** semi-structured interview of a 56-year-old woman with a fibromyalgia diagnosis, living in Mexico City. **RESULTS:** four categories emerged: 1) Losses and physical barriers, 2) Limitation of the mother/wife role, 3) The double invisibility of symptoms, and 4) Strategies to recover her autonomy and manage emotions. **CONCLUSIONS:** the lack of visibility of this disease has repercussions not only in the diagnosis and treatment, but also in family and social settings where understanding the experiences of the patients becomes a complicated issue because of insufficient information and knowledge. Gender perspective allows us to recognize that the social roles assigned to women, such as being housewives and caretakers, complicate the attention and rest they can have during pain crises, as well as influencing the perception of society towards them when they're unable to fulfill such roles.

Keywords: fibromyalgia, gender, invisibility, pain.

INTRODUCCIÓN

En 1990 el Colegio Americano de Reumatología estableció los criterios para definir la Fibromialgia (FM), realizando en 2016 una revisión de los componentes principales para el diagnóstico de la enfermedad: la presencia de dolor crónico generalizado en músculos en los cuatro cuadrantes junto con sensibilidad en al menos 11 de 18 puntos específicos en el cuerpo durante un periodo mínimo de tres meses, que puede estar acompañada de fatiga, trastornos del sueño, alteraciones cognitivas, depresión, etc. La intensidad de estos síntomas puede ir de moderada a severa (Wolfe et al., 2016). La fibromialgia fue reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992, y tipificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0. Se manifiesta principalmente en mujeres, representando un porcentaje del 80 al 90% (Secretaría de Salud, 2021), y aparece en cualquier edad, siendo más prevalente de los 25 a 50 años. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), alrededor del 4% de la población mexicana convive con esta enfermedad.

La manera en que la FM se expresa cambia de paciente a paciente, e incluso puede modificarse el síntoma predominante en la misma persona a través del tiempo, yendo desde dolores de cabeza a articulaciones periféricas, haciendo que el diagnóstico del individuo pueda ser fibromialgia en un momento y en una consulta previa o posterior algún síndrome que sea más específico al síntoma predominante como artritis, dolor de espalda crónico, etc. Esto lleva a los médicos a debatir la etiología y síntomas de la fibromialgia y complica la elaboración de un cuadro establecido que pueda utilizarse para un diagnóstico preciso que ayude a hacer más simple la identificación de esta enfermedad y evitar un proceso que en muchos casos llega a durar años (Bidari et al., 2018), con falsos diagnósticos, cuestionamientos y derivaciones.

Hoy en día continúa el debate en torno a su clasificación como enfermedad y a sus síntomas, de modo que en el entorno médico siguen existiendo muchos profesionales que cuestionan su legitimidad debido a que la sintomatología puede ser subjetiva: «Esta falta de ciencia y de recursos ha hecho que no se preste atención a los primeros síntomas y se considere que las quejas del sexo femenino son psicósomáticas en un 25% de los casos, frente a un 9% de las de los hombres» (Valls, 2020, p. 217), llevando a algunos profesionales médicos a dejarse influenciar por su opinión personal respecto a la enfermedad e incluso a caer en actitudes misóginas refiriéndose a las pacientes como

históricas o hipocondríacas, demeritando sus vivencias con la FM y volviendo más complejo su trayecto hacia un diagnóstico y tratamiento.

Es importante abordar esta enfermedad desde un enfoque interseccional, ya que, al ser las mujeres las más afectadas, hay distintos factores como el género, los roles sociales y factores económicos que influyen desde la búsqueda del diagnóstico hasta el cuidado que la persona puede tener en su tratamiento. La falta de visibilización de esta enfermedad repercute también en ámbitos familiares y sociales, donde la comprensión ante las vivencias de los pacientes se vuelve un tema complicado al no contar con la información y conocimiento suficiente. Los roles sociales asignados a las mujeres, como ser amas de casa, encargarse del cuidado de los hijos y otros familiares, complican la atención y descanso que pueden tener, ya que en muchas ocasiones no tendrán la opción de tomarse un tiempo para recuperarse, empeorando sus síntomas y generando sentimientos negativos al llevar esa carga de no poder cumplir con sus roles de género en la forma en que lo hacían previo a la enfermedad.

Tomando en cuenta estos factores, se realizó una investigación cualitativa para conocer la experiencia de vida de una mujer adulta diagnosticada con esta enfermedad y la percepción y valoración de sus síntomas, su rol de género y su manera de afrontar las limitaciones que esta enfermedad le produce.

METODOLOGÍA

Se eligió un paradigma cualitativo con un marco interpretativo, ya que se le atribuye la importancia y sentido a los objetos y situaciones, y bajo este paradigma el conocimiento se obtiene al establecer un diálogo con los sujetos representativos de una cultura o fenómeno determinado (Ito y Vargas, 2005). De este modo, se adecuaba el objetivo general de comprender la experiencia que tiene una mujer adulta con esta enfermedad con los objetivos específicos de conocer cómo influye en esta vivencia su rol de género, el dolor, las limitaciones y sus estrategias ante él mismo, obtenidos directamente de la persona que lo vive.

Técnica de muestreo

Se utilizó un muestreo intencional, considerando que este caso es relevante porque permite estudiar la travesía desde los primeros momentos de la ausencia de un diagnóstico hasta algunas vivencias en veintidós años de tratamiento, poniendo de manifiesto las

consecuencias de invisibilizar el dolor experimentado de esta mujer y la falta de comprensión ante esta experiencia. Es un caso que representa las necesidades emocionales de la persona con fibromialgia en un contexto sociocultural común para muchas mujeres mexicanas. La participante cuenta con los siguientes criterios de inclusión: mujer adulta de 56 años que ha tenido un diagnóstico de fibromialgia desde 2002, seis años después de experimentar los primeros síntomas, con residencia en la Ciudad de México, México. Se eligió a esta participante debido al largo periodo de tiempo que lleva con esta enfermedad, por lo que nos permite conocer mejor el impacto de la linfedema a largo plazo. Se contactó por medio de un familiar de ella y se le informó sobre la investigación. Posteriormente firmó el documento de consentimiento informado que explicita la confidencialidad y protección de sus datos a lo largo de todo el proceso.

Como técnica de recolección de datos, se realizó una entrevista semiestructurada en profundidad realizada a partir de guion elaborado previamente que constaba con una serie de 12 preguntas, posibilitando a su vez respuestas libres y abiertas por parte de la participante. La entrevista tuvo lugar en el domicilio de la persona con una duración aproximada de dos horas. Se buscó establecer un ambiente de confianza que propiciara la apertura y la expresión libre, todo esto sin dejar de lado las cuestiones éticas como explicar la finalidad de la entrevista, así como contar con su consentimiento en todo momento. Algunos de los temas explorados fueron: inicios de los síntomas, relaciones familiares, su rol como madre, emociones y estado actual.

Análisis de datos

Se realizó la transcripción por parte de una de las autoras, quien analizó el contenido obteniendo temas o categorías y estableciendo códigos, posteriormente fue revisado y discutido con la otra investigadora, acordando las categorías más representativas. Implementando el método de comparación constante, las autoras realizaron un análisis de contenido temático del cual emergieron cuatro categorías:

1. Pérdidas y barreras físicas.
2. Limitación del rol madre/esposa.
3. La doble invisibilización de los síntomas.
4. Estrategias para recuperar autonomía y gestionar las emociones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como en muchos casos, el surgimiento de esta enfermedad se vio detonado por un estresor, en el caso de Mónica (pseudónimo utilizado para proteger los datos de la participante) fue el mudarse a otra localidad alejada de su familia exponiéndose a condiciones de vida más complicadas. En esa etapa, también se encontraba preocupada por la seguridad de su pareja debido a las circunstancias a las que debían enfrentarse en ese momento, viviendo un estado de estrés prolongado y con dificultad para adaptarse a estos cambios, lo que la llevó a experimentar cansancio, agotamiento y depresión, síntomas que a la larga evolucionaron a dolor físico, y lo que seis años después le sería diagnosticado como fibromialgia.

Pérdidas y barreras físicas

La enfermedad afectó de forma considerable la vida de Mónica y su capacidad para realizar sus funciones, lo cual tuvo un gran impacto en su independencia y, por lo tanto, en la relación que tenía con sus familiares.

[...] es muy limitante y triste porque, como te comento, tengo que depender de alguien para que me ayude desde a vestirme y otras cosas que a veces no puedo hacer.

Estas limitaciones ocasionadas por la fibromialgia la llevan a echar de menos las actividades que ya no puede realizar y percibirse diferente a los demás, especialmente cuando, junto con esta enfermedad, comienzan a desarrollarse otros síntomas como la artritis. Esta percepción va en dos sentidos: en verse diferente a los otros y verse diferente en el tiempo. Este es un dato relevante en la vivencia porque va siendo consciente de la pérdida de sus capacidades y de la comparación de sí misma como mujer autónoma a una persona que depende de otros.

[...] si veo gente que a veces corre, o que va hacer ejercicio, o que hace cosas que a veces se me antoja hacer y pues no puedo, entonces sí me duele, me siento diferente en ese sentido porque a veces quisiera hacer cosas que se me antojan y no puedo.

[...] si yo por ejemplo, quiero leer una cosa, la leo y más tarde en terminar de leerla cuando ya no la retengo en mi mente, se me olvidan mucho las cosas. El dolor, sobre todo en lo que son los músculos, es muy muy fuerte, las manos, no puedo a veces mover mis manos, y ahorita se junta con la artritis [...]

La comorbilidad de la fibromialgia con otros padecimientos afecta la calidad de vida de las mujeres. En estos fragmentos podemos observar que la condición de dependencia genera vergüenza y tristeza. Históricamente, las mujeres han sido socializadas para ocuparse del cuidado del resto de su familia y mantener sus capacidades para poder cumplir con estas obligaciones hacia los demás, pero no es parte de su subjetividad el ser sujetos de cuidados (Valls, 2020). Mónica percibe y valora que su condición es diferente a la de los demás y es capaz de identificar cuando se activan varios síntomas.

Limitación del rol madre/esposa

Aunque Mónica cuenta con el apoyo de su esposo, le es difícil y triste depender de otros para realizar actividades básicas, considerando que la enfermedad y las crisis de dolor han afectado su matrimonio, e incluso funciones como su memoria:

[...] mi esposo, él es muy considerado, siempre estuvo apoyándome y ha estado apoyándome hasta la fecha, ahorita a veces es difícil porque ya me he vuelto más dependiente de mi familia, entonces es triste el tener que apoyarte en alguien más, pero en general siempre he tenido apoyo de todos.

[...] sobre todo en una relación matrimonial es difícil, porque hay cosas en las que no puedo tener la misma agilidad o la misma energía, y aparte que, con la misma enfermedad, que se te van quitando, pierdes mucho lo que es la memoria también [...] el llevar una vida normal con los hijos o con la pareja es difícil porque se me olvidan cosas que me dijeron o que tenía que hacer.

[...] también es una forma de descuidar a mi familia, el hecho de ya no cocinar como antes, o de en este caso consentirlos, inventando comidas o haciendo mi vida normal, yo era feliz haciendo mis cosas de mi casa. Pues sí me ha afectado muchísimo y no nada más a mí, sino a toda mi familia.

El Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2002) destaca cómo el género se ha utilizado para delimitar las diferencias entre mujeres y hombres en una sociedad particular. Esta asignación trae consigo expectativas sociales y costumbres, por lo que no debe sorprender que estas concepciones influyan en cómo las personas forman su identidad y cómo se relacionan con los demás, y más aún, cómo puede afectar a una persona el no poder cumplir con dichas expectativas. Esto lo podemos ver en lo relatado por Mónica, para quien el no poder cumplir con las funciones de cuidadora y encargada del hogar, aunado a la falta de independencia, ha tenido un efecto importante en su rol dentro de su familia y su autopercepción como madre, causando en ella sentimientos de

dolor y tristeza al tener que dejar de realizar actividades que eran importantes y satisfactorias para ella:

[...] ya no puedo cocinar mucho porque el estar cerca de la estufa me causa mucho dolor en los brazos, en las manos, entonces hay cosas que ya en mi casa no puedo hacer, por decir, barrer, trapear, cosas que a mí me gusta hacer en mi casa, acomodar...cosas tan simples de doblar ropa, de planchar, cosas que tiene uno que hacer en su casa, ya no puedo hacerlas mucho, entonces es difícil porque necesito de alguien más que me ayude a tender ropa, a cocinar, a fregar trastes, que también eso es muy doloroso para mis manos, entonces sí me ha limitado mucho en todas las cosas de la casa, cosas que disfrutaba hacer y que ahora me hacen sentir sin propósito.

Ryff (2018) plantea que tener un propósito en la vida, autoaceptación y autonomía son algunos de los componentes que están ligados a lo que llama bienestar eudaimónico. Según estudios realizados, la autopercepción que tienen los individuos sobre los aspectos que conforman este tipo de bienestar tiene un efecto no solo en lo psicológico, con la resiliencia y recuperación emocional ante estímulos negativos, sino en lo físico, en donde se puede observar en la regulación de las hormonas de estrés y los procesos inflamatorios, entre otros. Esto nos ayuda a comprender el impacto que ha tenido en Mónica el no poder atender a su familia y realizar ciertas actividades en su casa, ya que para ella representan la pérdida de propósito en su vida.

La doble invisibilización de los síntomas

En la fibromialgia, la invisibilidad y demeritación de los síntomas es algo a lo que lamentablemente se ven expuestas frecuentemente las personas con esta enfermedad, impactando su salud mental al ser cuestionadas acerca de lo que están experimentado diariamente y haciendo más difícil su proceso de diagnóstico, ya que terminan teniendo que pasar por distintos médicos o incluso ser remitidas a especialistas que muchas veces no les darán una solución. Al contrario, en ocasiones se enfrentarán a médicos que les dirán que aquello que sienten no es real:

[...] muchos médicos piensan que no existe la enfermedad, la mayoría de los médicos...pues fue decepcionante porque la mayoría era de mandarme al psiquiatra, no era de «sabes que esto es una enfermedad», «esto es depresión y necesitas un psiquiatra» [...]

Valls (2020) considera que los malestares de las mujeres suelen ser invisibilizados debido a que la medicina se ha basado en la patología del sexo masculino y su sintomatología, por lo que lo experimentado por las mujeres tiende a ser desacreditado al

no ajustarse a la normatividad establecida «[...] tratándolo muchas veces como sintomatología psicosomática o derivada de estados de ansiedad más que intentando averiguar su realidad y sus causas» (p. 146), llevando a diagnósticos erróneos y años de citas médicas para dar con una enfermedad.

[...] yo pensaba que era todo parte de lo que estaba yo viviendo, de la depresión que traía, ya hasta que no aguante fue cuando ya...y me diagnosticaron pues sí mejore pues, mejore un poco porque esta enfermedad es temporal, de repente estás bien y hay otros momentos que recaes por algún...pues también problemas emocionales, vuelves a caer en activarse la enfermedad y vuelven otra vez los síntomas.

Donoso-Sabando (2014) considera que la falta de empatía respecto a los síntomas en la práctica médica deja de lado lo subjetivo y humano, dando lugar a una relación inadecuada con el paciente, ya que no se comprende la enfermedad de forma integral, impactando negativamente el diagnóstico, tratamiento y calidad de vida de la persona. Lamentablemente, no son únicamente los doctores o el personal del sector salud los que llegan a demeritar sus síntomas. Otras veces esto proviene de familiares y personas cercanas a la paciente, las cuales, por falta de interés o conocimiento, pueden hacer comentarios inapropiados con los que desacreditan sus experiencias al suponer que es algo que depende de ellas y de su actitud:

Hubo gente muy cercana que con decirme “échale ganas, échale ganas, estás bien y no pasa nada, sal, distráete” pensando que era cosa a lo mejor que yo me la proponía, o qué saliendo a distraerme me iba a componer, entonces pues no, no se trata de eso, es una enfermedad que es muy dolorosa y no toda la gente la entiende, y no toda la gente la conoce, entonces sí es difícil, muy difícil.

La representación de las enfermedades que conllevan un dolor subjetivo, sin evidencia de una manifestación corporal, ha sido delimitada históricamente. Al no estar presente en la realidad física percibida por los demás ni poder ser medida más allá de lo relatado por quien lo experimenta, se suele adjudicar a cuestiones psicológicas y encasillarse como un problema que debe ser abordado por un psiquiatra, especialmente cuando esta sintomatología es reportada por mujeres. Esta falta de comprensión puede tornarse más dolorosa y complicada cuando proviene de miembros de su familia nuclear, y aunque Mónica ha intentado lograr que otros comprendan lo que está viviendo, difícilmente encuentra la empatía necesaria, profundizando el impacto que tiene la enfermedad en su salud mental:

[...] sí les digo y les manifiesto a veces mis molestias, como te comento no todas las entienden, y sobre todo a veces los hijos no lo entienden a uno, a veces es doloroso porque a veces “ay otra vez te duele, ay otra vez estas mal” entonces es difícil, pero yo trato de explicarles cómo me siento para que de alguna manera me entiendan [...]

Estas situaciones afectan las relaciones familiares e interpersonales al no tener una comprensión por parte de sus seres queridos, algo que se repite en otro tipo de enfermedades que no son tan conocidas. Para Mónica, esto ha conducido al deseo de que los demás entiendan lo que están pasando, no que les tengan lástima, según expresa:

Sí, y no nada más esta enfermedad sino tantas otras enfermedades que son difíciles, que son a veces poco entendibles por la familia, o son poco... pues sí, que no lo entienden a uno, no lo apoyan, o no lo tratan de ayudar o entender.

Sí, o mucha gente a veces pues te «ay pobrecita», no, no es de que sea uno pobrecito ¿no?, son cosas que le tocan a uno vivir y pues hay que aceptarlas, y de alguna manera tratar de tener una calidad de vida mejor.

La experiencia de Mónica le permite ser empática con otras enfermedades. En estos casos, se considera que hay una doble invisibilización porque los otros no ven o no creen los síntomas y la persona quien la padece oculta sus síntomas para no ser receptora de críticas.

Estrategias para recuperar autonomía y gestionar las emociones

Para González (2014), el autocuidado y la autonomía de las personas con enfermedades crónicas es algo imprescindible para el control de la enfermedad y la gestión de emociones, que son integrales para la calidad de vida del paciente. Dentro de todo el proceso que ha vivido Mónica con la FM a lo largo de los años, ha encontrado cosas que le ayudan a sobrellevar esta situación y relajarse, sobre todo en días en los cuales el dolor se vuelve difícil de ignorar:

El sentirme también un poco que me llegue el aire y estar relajada, estar tranquila me ayuda, me ayuda también el salirme como ahorita que me estoy yendo a clases de cosas de la casa, de repostería, de cocina, el convivir con otras personas ayuda también porque te quita un poco de la mente todo lo que traes, o todo lo que sientes [...]

También le ha beneficiado el aceptar que no todas las personas van a entender lo que ella siente y el dolor que con frecuencia experimenta, por lo que ahora encuentra tranquilidad en no darle importancia a los comentarios de las personas y «tomarlo de quien viene»:

Mira en un principio sí me molestaba, me enojaba y yo decía bueno pues la gente no me entiende, no sabe lo que es este dolor, y sí me molestaba, ahora lo tomo de quién viene, digo pues yo sé lo que siento y pues con que yo lo sepa, sí ellos lo entienden bueno y si no pues ni modo, no a veces toda la gente nos entenderá.

Como podemos percatarnos en el caso de Mónica, el desarrollo de estas estrategias ha surgido de forma intuitiva a partir de su necesidad, y no de un acompañamiento profesional que le podría aportar formas distintas de manejar sus emociones y enfrentar este tipo de situaciones, limitando las herramientas con las que cuenta. Lo expresado por la participante de este estudio resalta el impacto que tiene la fibromialgia en la vida diaria de las personas con esta enfermedad y sus relaciones con los demás, ya sea en un ámbito médico en el que se manifiesta un largo proceso para recibir un diagnóstico y tratamiento, o en la esfera familiar en la que las dinámicas se ven alteradas a consecuencia de los síntomas y las limitaciones que estos generan en sus funciones.

La experiencia de la participante reafirma la importancia de incluir el rol de género como un factor para analizar cómo afecta esta enfermedad la vida de las mujeres que la experimentan. Esto es expuesto en el estudio de I-Llombart et al. (2016), en el que se señala cómo el rol de género y su expresión influye especialmente en la experiencia de las pacientes con esta enfermedad, volviéndolas más vulnerables ante el dolor y sentimientos de culpa. Mónica, al ser una madre de familia acostumbrada a encargarse de atender a otros y que dependan de ella, tiene una mayor dificultad para enfrentarse y aceptar esa pérdida de independencia y funciones que le trae la fibromialgia. Los roles de género que le impone la sociedad a la mujer adulta mexicana, en concreto el de ser la cuidadora de su familia y la encargada de desempeñar las labores del hogar, conlleva una percepción y trato distintos hacia ella cuando no puede realizar estas funciones a consecuencia de sus síntomas, llegando a ser juzgada por la sociedad y por personas cercanas al no cumplir con este rol, afectando su autopercepción y sentido de propósito en la vida.

También se refleja el estigma que prevalece en el sector de salud al cuestionar los síntomas expresados por las mujeres al ser en su mayoría de carácter subjetivo. No tomarlas con la seriedad que se merecen lleva a que no se responda a sus necesidades y complica el proceso de diagnóstico, que suele extenderse durante años, volviéndolo algo desgastante tanto para las pacientes como su familia. La participante de esta investigación tuvo que pasar por seis años de consultas médicas, falsos diagnósticos, cuestionamientos

y derivaciones con un psiquiatra antes de obtener con certeza la valoración de fibromialgia, algo que probablemente hubiera sido abordado de manera distinta y con mayor eficacia de no existir dichos estigmas relacionados con el género. Las desigualdades de género en los servicios sanitarios tienen un impacto en el tiempo de diagnóstico y son palpables en la historia de Mónica, a quien inicialmente se le comentó que sus síntomas eran causados por depresión. A esta realidad se han enfrentado muchas mujeres a las que, en un porcentaje considerablemente más alto que los hombres, se les diagnostica problemas de salud mental y se les prescriben psicofármacos. Esto se aúna a la subestimación de la información proporcionada por las mujeres acerca de los malestares expresados (Del Río-Pedraza, 2022), algo que no es de extrañar que se presente en la sociedad mexicana, que aún se encuentra envuelta en el machismo y conservadurismo de otras épocas.

De acuerdo con Moix y Casado (2011), existen distintos tipos de terapia y técnicas que ayudan a lidiar con el dolor crónico y el aspecto psicológico que conlleva el vivir con esto. Técnicas como la relajación, el *mindfulness*, la terapia de aceptación, etc., ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas al enseñarles a manejar las emociones negativas, enfocándose en vivir el presente, dando espacios en los que los pacientes pueden desarrollar herramientas adecuadas y efectivas que lleven a la disminución del dolor. En la experiencia de Mónica, la ausencia de herramientas emocionales contribuyen a que los síntomas sean más incómodos y limitantes, desarrollando en ocasiones un círculo vicioso entre las emociones negativas provocadas por el dolor, como la depresión y ansiedad, y el aumento en la percepción y manifestación del mismo, con lo cual se complica el tratamiento y rehabilitación del paciente.

Otro aspecto que se enfatiza por autores como Reig-García et al., (2021) es el contar con redes sociales de apoyo, e incluso con el conocimiento de que existen estas redes para las personas viviendo con cierta condición, teniendo un impacto positivo en la aceptación del diagnóstico, adherencia al tratamiento, disminución de estigmas, aumento de autoestima y apoyo emocional. Tener estas redes al alcance permite a las personas obtener información acerca de sintomatología que previamente desconocían o atribuían a otros aspectos y, sobre todo, les proporciona un espacio en el cual expresarse y ser escuchadas y comprendidas de una forma que difícilmente obtendrán de otras personas que no estén experimentando esta enfermedad. Se trata de una situación que ha experimentado nuestra participante en distintas ocasiones y quien se beneficiaría de tener acceso y formar parte

de un grupo así, aunque estos, lamentablemente, aparentan ser algo escasos en nuestro país.

LIMITACIONES

Es importante señalar que al ser un estudio de caso los datos obtenidos no son suficientes para ofrecernos una perspectiva completa acerca de estas experiencias en el resto de las mujeres mexicanas con fibromialgia. La investigación desarrollada hasta el momento adolece de la limitación de no mostrar la postura ante su limitación del rol de género, ofrece una visión parcial del proceso de autocuidado y no profundiza en los aspectos que se ven alterados durante la travesía de los diagnósticos.

CONCLUSIONES

Esta investigación nos permite explorar cómo los roles de género afectan la forma en la que se enfrenta una enfermedad, desde el descanso y cuidado que pueden tener las mujeres con FM a consecuencia del papel de cuidadora y ama de casa que se les impone; la falta de atención y credibilidad que reciben por parte de médicos al no ajustarse a una normativa que nunca las ha tenido en cuenta; la percepción de otras personas hacia su enfermedad y la expresión de sus síntomas, que suele incluir en la mayoría de los casos una incredulidad que lleva a que sean juzgadas, incrementa la depresión que experimentan al ser invisibilizadas en distintas esferas; su autopercepción y sentido de identidad también se ve afectado al estar relacionado con los roles de género, lo cual se manifiesta en el caso de la participante de esta investigación en la pérdida de sentido de propósito en la vida. Profundizar en la influencia del género en el tratamiento de enfermedades es vital para abordarlas de forma integral y conocer cómo se reflejan en lo psicológico, ya que la invisibilización y demeritación de los síntomas impactan de forma negativa la salud física y mental de las personas, y por consiguiente en su bienestar.

Aunque este trabajo solo abordó la experiencia de una mujer nos permite cumplir con nuestro objetivo de conocer cómo se vive esta enfermedad, las limitaciones que se desarrollan a lo largo de los años van más allá de lo físico, como la memoria, influyendo en la independencia de la persona y su autopercepción, transformando su relación con aquellos que se encuentran a su alrededor. Estos aspectos generan un círculo vicioso en el que los síntomas y emociones negativas se incrementan mutuamente, por lo que es muy

importante que las pacientes tengan acceso a estrategias que les permitan relajarse y regular la respuesta emocional que surge ante estos estímulos físicos.

El largo camino que deben llevar los pacientes con fibromialgia para alcanzar un tratamiento y atención adecuada nos refleja la gran necesidad que existe de visibilizar esta enfermedad. Conocer y difundir más información respecto a lo que conlleva la FM ayudará a concientizar a la sociedad y aminorar el proceso de diagnóstico que las pacientes suelen experimentar. Del mismo modo, otorgar herramientas a pacientes y familiares que permitan hacer frente a los síntomas como el dolor crónico y emociones que surgen a partir de estos contribuiría a fomentar la comprensión y empatía en aquellas personas cercanas a las pacientes fortaleciendo su red de apoyo, que es tan necesaria para sobrellevar esta enfermedad, aumentando su calidad de vida.

Para finalizar, se espera que con este tipo de investigación, aunque limitada en ciertos aspectos, se pueda ofrecer una perspectiva de la experiencia que vive una mujer con esta enfermedad en México, y que con la visibilización de este caso, se enfatice la importancia de realizar más investigaciones con esta población para mostrar una visión más completa acerca de lo que viven las mujeres con fibromialgia en un país que se caracteriza por su conservadurismo, machismo y diferencias entre clases sociales que impactan en el acceso a la información, la atención y diagnóstico, entre otros aspectos abordados en este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIDARI, Ali; GHAVIDEL PARSAA, Banafsheh; GHALEHBAGHI, Babak. Challenges in fibromyalgia diagnosis: from meaning of symptoms to fibromyalgia labeling. En: *Korean Journal of Pain*. 2018, vol. 31, núm. 3, pp. 147-154.
- DEL RÍO-PEDRAZA, Carmen. La medicalización de la mujer. Una valoración crítica. En: *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2022, vol. 42, núm. 141, pp. 55-73.
- DONOSO-SABANDO, Claudia Andrea. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. En: *Persona y Bioética*. 2014, vol. 18, núm. 2, pp. 184-193.
- GONZÁLEZ MESTRE, Assumpció. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. En: *Enfermería clínica*. 2014, vol. 24, núm. 1, p. 67-73.
- INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES (INMUJERES); PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). *ABC de Género en la Administración Pública*. México: 2002. [Consulta: 24 de julio de 2023]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100903.pdf
- MOIX, Jenny; CASADO, M^a Isabel. Terapias Psicológicas para el Tratamiento de Dolor Crónico. En: *Clínica y Salud*. 2011, vol. 22, núm. 1, pp. 41-50.
- PUJAL I-LLOMBART, Margot; MORA-MALO, Enrico; SCHÖNGUT-GROLLMUS, Nicolás. Fibromialgia, desigualdad social y género. Estudio cualitativo sobre transformación del malestar corporal en malestar psicosocial. En: *Duazary*. 2017, vol. 14, núm. 1, pp. 70-78.
- REIG-GARCÍA, Glòria, et al. The impact of a peer social support network from the perspective of women with Fibromyalgia: a qualitative study. En: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021, vol. 18, núm. 23, pp. 12801.
- RYFF, Carol D. Well-being with soul: science in pursuit of human potential. En: *Perspectives on Psychological Science*. 2018, vol. 13, núm. 2, pp. 242-248.
- SECRETARÍA DE SALUD. *Fibromialgia*. Gobierno de México, 15 de julio de 2021. [Consulta: 24 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/fibromialgia?idiom=es>
- VALLS LLOBET, Carme. *Mujeres invisibles para la medicina: Desvelando nuestra salud*. Madrid: Capitán Swing, 2020.
- WOLFE, Frederick, et al. Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. En: *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2016, vol. 46, núm. 3, pp. 319-329.

ESTRATEGIAS DE CUIDADO INFANTIL DE MADRES SOLTERAS FRENTE A SERVICIOS DE SALUD MERCANTILIZADOS

Estratègies de cura infantil de mares solteres davant de serveis de salut mercantilitzats

Childcare Strategies of Single Mothers in the Face of Marketised Health Services

FRIDA EMILIA HORTA-GARDUÑO 

YBETTE KAREN RAMOS-GUTIÉRREZ 

ITZIA MARÍA CAZARES-PALACIOS 

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud (*San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México*)

Autora correspondencia: Itzia María Cazares-Palacios

Correo electrónico: itzia_cazares@uaeh.edu.mx

Recibido: 07/10/2024

Aceptado: 21/11/2024

Publicado: 30/11/2024



RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El aumento de precios del Hospital del Niño DIF, el cual brinda servicios de salud pública a la población infantil en la Ciudad de Pachuca, Hidalgo, México, ha dejado al descubierto afectaciones sociales y económicas en familias vulnerables mexicanas, como aquellas encabezadas por madres solteras. **OBJETIVO.** Conocer las estrategias para el cuidado de la salud de sus hijas e hijos que utilizan madres solteras con edades entre 20 a 50 años de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo, México, tras el aumento de precios del hospital del niño DIF. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Se utilizó una metodología cualitativa en la que a través de entrevistas semiestructuradas se recopiló la información. Se utilizó la estrategia en cadena para contactar a las participantes. **RESULTADOS.** La estrategia principal utilizada por las participantes fue la búsqueda de ingresos extras para solventar los gastos que demanda cuidar la salud de sus hijas e hijos tras el aumento de tarifas del hospital, además de las redes de apoyo, principalmente familiares, en su carácter instrumental. Por otra parte, se aprecia que enfrentar estas dificultades genera estragos en la salud física y mental de las participantes. **CONCLUSIONES.** Las madres se ven en la necesidad de generar estrategias funcionales en torno al cuidado de la salud de sus hijos, dejando a un lado su propio cuidado físico y mental, ya que para ellas es más importante mantener a sus hijos a salvo y con salud.

Palabras clave: estrategias, cuidado infantil, familia monomarental, salud, servicios mercantilizados.

RESUM

INTRODUCCIÓ. L'augment de preus de l'Hospital del Nen DIF, el qual brinda serveis de salut pública a la població infantil a la Ciutat de Pachuca, Hidalgo, Mèxic, ha deixat en descobert les afectacions socials i econòmiques en famílies vulnerables mexicanes, com aquelles que són encapçalades per mares solteres. **OBJECTIU.** Conèixer les estratègies per a la cura de la salut de les seves filles i fills que utilitzen mares solteres amb edats entre 20 a 50 anys de la Ciutat de Pachuca, Hidalgo, Mèxic, després de l'augment de preus de l'hospital del nen DIF. **MATERIAL I MÈTODES.** Es va utilitzar una metodologia qualitativa en la qual a través d'entrevistes semiestructurades es va recopilar la informació. Es va utilitzar l'estratègia en cadena per a contactar a les participants. **RESULTATS.** L'estratègia principal utilitzada per les participants va ser la cerca d'ingressos extres per a solucionar les despeses que demanda cuidar la salut de les seves filles i fills després de l'augment de tarifes de l'hospital, a més de les xarxes de suport, principalment familiars, en el seu caràcter instrumental. D'altra banda, s'aprecia que enfrontar aquestes dificultats genera estralls en la salut física i mental de les participants. **CONCLUSIONS.** Les mares es veuen en la necessitat de generar estratègies funcionals entorn de la cura de la salut dels seus fills, deixant a un costat la seva pròpia cura física i mental, ja que per a elles és més important mantenir fora de perill i amb salut als seus fills.

Paraules clau: estratègies, cura infantil, família monoparental femenina, salut, serveis mercantilitzats.

ABSTRACT

INTRODUCTION. The price increase at the DIF Children's Hospital, which provides public health services to the child population in the city of Pachuca, Hidalgo, Mexico, has exposed the social and economic effects on vulnerable Mexican families, such as those headed by single mothers.

OBJECTIVE. To find out the strategies for the health care of their children used by single mothers aged between 20 and 50 years in the city of Pachuca, Hidalgo, Mexico, following the price increase at the DIF children's hospital.

MATERIAL AND METHODS. A qualitative methodology with semi-structured interviews was used to collect information. The chain strategy was used to contact the participants.

RESULTS. The main strategy used by the participants was the search for extra income to cover the costs of caring for their children's health after the increase in hospital fees, in addition to the support networks, mainly family members, in their instrumental nature.

On the other hand, it can be seen that facing these difficulties takes its toll on the physical and mental health of the participants.

CONCLUSIONS. Mothers find it necessary to generate functional strategies to care for their children's health, leaving aside their own physical and mental care, as it is more important for them to keep their children safe and healthy.

Keywords: strategies, childcare, single parent family, health, marketised services.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de cuidados es definido como el complejo de tareas y actividades humanas no remuneradas, o remuneradas, que proveen atención física y/o emocional con el propósito de mantener el bienestar físico, mental, social de uno o varios individuos y así sostener o preservar la vida (Rea et al., 2011). Por razones culturales y sociales, y como resultado de la división sexual del trabajo, históricamente esta labor se ha situado principalmente en el ámbito privado/doméstico y ha estado en manos de mujeres, aunque no de forma exclusiva; no ha sido remunerada económicamente y, por tanto, no tiene el prestigio social que tienen otras actividades monetizadas. No obstante, como ha señalado la economía feminista (Carrasco, 2014), es un pilar fundamental para la reproducción social, así como para el desarrollo económico y social de las naciones. Así mismo, es un tema que no ha sido tomado en cuenta en el diseño e implementación de políticas públicas de protección social asociadas a los cuidados (Maldonado et al., 2011), tema fundamental en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Latinoamérica se caracteriza por tener sociedades patriarcales en las que prevalece la figura de familias biparentales heterosexuales, donde uno de los miembros se encuentra al tanto del cuidado y la crianza de las hijas e hijos, mientras que otro participa en las actividades de mercado que garantizan la provisión de bienes para el consumo (Ceballos, 2011). Más en concreto, cuando se trata de familias monomarentales, en este caso configuradas por madres en soltería, se enfrentan mayores dificultades debido a que realizan de forma paralela tanto la provisión de cuidados como de aporte económico; además, cuentan con menos apoyo social que las mujeres de familias tradicionales o biparentales (Tercero, 2014). Sin embargo, ante esas circunstancias, las madres en soltería desarrollan estrategias para planificar su vida y así generar ingresos extras, además de organizarse entre sus necesidades humanas propias, el trabajo de mercado y las actividades domésticas y de cuidado.

De acuerdo con investigaciones, son diversas las estrategias que utilizan las mujeres para sostener el cuidado familiar. Por ejemplo, recurrir a la familia extensa, particularmente hacia las mujeres para cuidar a hijas e hijos (Verteramo, 2017); la búsqueda de apoyo económico en instituciones públicas y/o privadas (Morgado, González y Jiménez, 2003); búsqueda de empleos flexibles para conciliar la vida familiar y laboral (Valenzuela, 2021); búsqueda de lugares cercanos a su lugar de trabajo y/o del centro escolar de sus hijos para ahorrar tiempo y reducir gastos (Jociles et al., 2008).

Cabe destacar que dichas estrategias no son estáticas, ya que se encuentran en constante cambio dependiendo de la edad de los hijos, del contexto y trabajo laboral de las mujeres y de la evolución en la relación con el padre y/o el resto de la familia. Sin embargo, ante esta dinámica de estrategias, se generan estragos psicosociales en este grupo de mujeres como: sobrecarga de trabajo, soledad, dependencia, baja autoestima, estigmatización, desempleo y riesgo de exclusión social (Bordón, 2021).

Lo descrito tiende a recrudecerse si se considera el contexto económico, político, social y de derechos humanos que prevalece en la actualidad a nivel mundial, es decir, de carácter neoliberal, donde se advierte una crisis de cuidados de la vida humana y no humana (Pérez, 2006). Al hablar de neoliberalismo, se hace referencia a una serie de características que engloban la desregularización, la privatización y la supresión de la idea del bien público o comunidad, y donde se promueven ciertas medidas económicas que incluyen la disminución del gasto público que provoca un golpe duro a los sectores más pobres y vulnerables de la población (Vargas, 2007).

En ese contexto, el Hospital del Niño DIF, el cual forma parte del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Gobierno del estado de Hidalgo, México, es una instancia dirigida a niños y jóvenes con edades entre los 8 y 18 años que se encuentran en alguna situación de vulnerabilidad económica, social, física y/o personal, además de presentar una situación de riesgo como desintegración familiar, adicciones, violencia, embarazos adolescentes, casos de deserción, por mencionar algunos (Gobierno de la Ciudad de México, 2022). En el año 2018, según Hernández (2018), el hospital aumentó la tasa en sus precios entre 46% y 83%, lo que dejó a aquellas personas que dependen de los servicios que brinda el Hospital del niño DIF en una situación económica crítica; en este caso, a las madres en soltería, quienes, ante la necesidad de atender médicamente a sus hijas e hijos, recurrían a dicha institución.

Varios trabajos indican que en el escenario neoliberal el trabajo de cuidados realizado por las mujeres se intensifica ante el aumento de precios de los servicios públicos (Mayobre y Vázquez, 2015), y que las madres solteras que se encuentran en situaciones precarias económicamente buscan servicios sociales de inclusión (Agullo y Saiz, 2018). Al respecto, Márquez (2007) argumenta que la situación de las mujeres cuidadoras refleja la inequidad de género en las políticas institucionales, así como la vulnerabilidad de un sistema inequitativo, desigual, insuficiente e ineficaz.

La teoría feminista, posicionamiento teórico de este trabajo, es una herramienta potente que permite reconocer que las mujeres, sin importar la edad, etnia, raza, clase o religión, hacen «trabajo de mujeres» al ser las responsables institucionalmente de producir bienes y seres humanos. En este tenor, es importante considerar el punto de vista multivariado desde el cual todas las mujeres pueden y deben interpretar la realidad como es y como podría ser.

Es decir, se deben usar los ojos de las mujeres para exponer el sistema opresivo que se vive en la actualidad en cada uno de los ámbitos establecidos en anteriores párrafos. (Blázquez et al., 2012). De igual manera, dicha teoría sostiene que el mundo se representa desde una perspectiva particular socialmente privilegiada epistémicamente, es decir, al ser la mujer un sujeto que ha sido oprimido durante un largo tiempo podrá conocer un punto de vista menos interesado que el de los sujetos opresores. Así mismo, habrá una mayor conexión con el objeto de estudio, en este caso, estrategias de cuidado infantil, debido a la distancia que se tiene con las relaciones de poder (Cruz et al., 2012).

Esta aproximación propone cambiar el sujeto masculino por un sujeto femenino que beneficie tanto la producción de conocimiento como el desarrollo tecnológico. Mirar hacia arriba concentrándose en la explicación y comprensión de las prácticas conceptuales de las instituciones dominantes que establecen y mantienen como «natural» y «normal» la subordinación y explotación de la mujer (Blázquez et al., 2012).

La teoría del punto de vista femenino enfatiza el papel de la política para realizar un cambio verdadero. Las luchas políticas liberadoras son necesarias para obtener acceso, mejor concepción y comprensión de los grupos oprimidos. Se necesita tomar en cuenta las prácticas y experiencias de las mujeres para elaborar de ahí una comprensión alternativa del mundo social (Blázquez et al., 2012).

Por ende, con base a lo expuesto, el objetivo de esta investigación fue conocer las estrategias para el cuidado de la salud de sus hijos e hijas que utilizan las mujeres de familias monomarentales con edades entre 20 a 50 años de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo, México, tras el aumento de precios del Hospital del Niño DIF, el cual era accesible económicamente a la población de clase trabajadora y que generó estragos psicosociales en este grupo de mujeres al limitarse sus márgenes de acción respecto al cuidado de la salud de sus hijas e hijos y debido al despliegue de estrategias para sostener la vida familiar: sobrecarga de trabajo, estigmatización, soledad, problemas de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

La investigación se realizó bajo un diseño cualitativo de alcance interpretativo/explicativo, debido al interés sobre conocer y ahondar en las maneras en que las madres solteras de Pachuca, Hidalgo, México, han enfrentado a través de diversas estrategias el aumento de los precios de los servicios del sector salud. La investigación cualitativa, ofreció la oportunidad de realizar preguntas centradas en la experiencia social (Cadena, et al., 2017).

La muestra se configuró de forma no probabilística debido a que la elección de los elementos dependió de las causas relacionadas con las características de la investigación, es decir, dependió de decisiones internas y de los criterios de selección de la investigación (Hernández, et al., 2014). Se contactó a las participantes a través de la estrategia bola de nieve, es decir, un caso perteneciente al grupo objeto de la investigación que llevó al siguiente y al próximo, y así sucesivamente hasta que la información comienza a tornarse repetitiva (Pérez-Luco et al., 2017, p. 15). Como resultado se obtuvo una muestra homogénea selectiva de 5 participantes con características similares (Hernández et al., 2014): madres solteras de entre 20-50 años, de Pachuca, Hidalgo, beneficiarias del DIF.

Tabla 1. Criterios de selección

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---|--|
| Madres solteras que residan en Hidalgo | Madres solteras que no fueron afectadas económicamente por el aumento de precios del hospital del niño DIF |
| Edad de 20 a 50 | Madres que hayan reconstruido un nuevo núcleo familiar |
| Usuaris del hospital del Niño DIF de Pachuca, Hgo., que hayan solicitado sus servicios mínimos hace 7 años | Madres que no sean las cuidadoras primarias de sus hijos |

A continuación, se muestra una tabla con información relevante de las participantes.

Tabla 2. Información personal sobre las participantes incluidas en la investigación

| Participante | Edad | Ocupación y tipo de trabajo | Número de hijos y edades | Enfermedad presentada en su hija/o | Tipo de red de apoyo |
|----------------|---------|--------------------------------|--------------------------------|---|--|
| Participante 1 | 37 años | Mesera, Formal | 3 hijos, de entre 18 y 16 años | Fractura del pie izquierdo y columna vertebral. | Formal, su patrón le brindó apoyo económico. Informal, su familia le brindó apoyo instrumental y moral |
| Participante 2 | 24 años | Comerciante, Informal | 1 hijo de 3 años con 6 meses | Enfermedad neurológica | Informal, su familia le brindó apoyo económico, instrumental y moral. |
| Participante 3 | 49 años | Fisioterapeuta, Formal | 1 hija de 22 años | Trastornos gastrointestinales | Informal, su familia le brindó apoyo instrumental. |
| Participante 4 | 29 años | Profesora Formal | 1 hijo de 3 años con 7 meses | Complicaciones pulmonares | Formal, la guardería de su hijo le brindó apoyo instrumental. Informal, su familia le brindó apoyo instrumental, económico y moral. |
| Participante 5 | 30 años | Empleada de una empresa Formal | 2 hijos de 5 y 9 años | Monitoreo concurrente sobre su salud | Informal, su familia le brindó apoyo económico, instrumental y moral |

Referencia: Elaboración propia a partir del trabajo de campo.

Los datos se recolectaron a través de entrevistas semiestructuradas individuales, debido a que tal estrategia permitió interactuar de una forma más sensible y profunda con las participantes (Lopezosa, 2020, p. 89). De esta forma, se recopiló información referente a las experiencias de las madres de familia entrevistadas acerca del tema planteado. Las entrevistas tuvieron una duración de 45 a 60 minutos, en modalidad *online* o de manera presencial y de acuerdo con la disponibilidad de cada participante. Sociodemográficamente, los datos que se exploraron fueron: número y edades de las hijas e hijos, ocupación y horario de trabajo. Respecto a los ejes de exploración y preguntas abordadas en la entrevista, se describen a continuación en la Tabla 3.

Tabla 3. Categorías de Investigación

| Ejes de exploración | Preguntas |
|---|---|
| Percepción de la situación administrativa del Hospital | <p>¿Desde hace cuánto tiempo comenzó a llevar a su(s) hijo(s) al Hospital del niño DIF?</p> <p>¿Por qué motivo usted acudió al Hospital del niño DIF?</p> <p>¿Qué apoyo y servicios les proporciona el Hospital del Niño DIF?</p> <p>¿Cuál fue el proceso para adquirir el servicio?</p> <p>¿Cuál es su opinión acerca de los precios de los servicios que brinda el Hospital del niño DIF?</p> <p>¿Cuánto gasta en el tratamiento de su(s) hijo(s)?</p> <p>¿Cree que sus ingresos monetarios son suficientes para cubrir los gastos relacionados con la salud de su(s) hijo(s)?</p> <p>Ante los diversos precios de los servicios en el hospital.</p> |
| Estrategias | <p>¿Qué hace normalmente cuando su(s) hijo(s) se enferma?</p> <p>¿Qué consecuencias en su salud ha visto a raíz del estado de salud de su(s) hijo(s)? ¿Cómo se sintió al presentar dicha dificultad?</p> <p>¿Cómo afrontó dicha situación?</p> <p>¿Cuáles son las estrategias que utiliza para seguir recibiendo el servicio y cuidar la salud de su(s) hijo(s)?</p> <p>Actualmente, ¿Recibe algún apoyo económico por parte de algún familiar, conocido, institución o gobierno para el cuidado de su(s) hijo(s)?</p> <p>¿Actualmente recibe apoyo por parte de algún familiar, conocido o institución cuando no le es posible cuidar a su(s) hijo(s)?</p> <p>¿Hay alguien que cuide de usted cuando tiene algún problema de salud?</p> <p>¿Cuánto tiempo dedica al cuidado de su(s) hijo(s)?</p> <p>Aparte del cuidado de su(s) hijo(s), ¿En qué otra actividad distribuye su tiempo?</p> |
| Secuelas Psicológicas, físicas y sociales | <p>La condición de su(s) hijo(s) ¿Ha modificado la organización de su tiempo?</p> <p>¿Ha cancelado alguna actividad por cuidar a su(s) hijo(s)?</p> <p>¿Cuánto tiempo se dedica a usted misma? ¿Considera que es suficiente?</p> <p>¿Considera que ha dejado de lado actividades de beneficio propio debido al cuidado de su(s) hijo(s)?</p> <p>¿Hay alguna(as) áreas de su vida que se han visto afectadas? ¿Cuáles?</p> |

Este estudio se desarrolló bajo las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial del 2019 y del Reglamento de la Ley General de Salud del 2014, además del Código Ético del Psicólogo en Materia de Investigación para la Salud vigente a nivel nacional, por lo que a las participantes se les explicó de manera verbal la información relacionada con los objetivos y el procedimiento que conllevaba la investigación. De igual forma, se atendieron todas sus dudas y se les entregó un consentimiento informado, el cual firmaron.

Para analizar los datos obtenidos, en primer lugar, se transcribieron las entrevistas para reflejar el lenguaje verbal, no verbal y contextual de los datos. Posteriormente, se codificó la información definiendo, identificando las unidades y categorías de análisis: económicas, cuidado de la salud de sus hijas e hijos, cuidado de la salud propia, trabajo remunerado, implicaciones psicológicas, físicas, sociales y económicas, distribución del tiempo y percepción de la situación. Después, por el método de comparación constante de similitudes y diferencias (codificación abierta), a estas categorías se les asignó un código que las identificó. Por último, se utilizó la codificación axial y selectiva que consistió esencialmente en agrupar categorías en temas más generales e identificar las categorías centrales del fenómeno; estrategias, secuelas y categorías emergentes. Posteriormente, se conectan dichas categorías y temas. Así, las categorías y temas son relacionados para la obtención de nuestras clasificaciones, hipótesis y resultados.

Con la finalidad de incrementar la validez de dicho estudio, se utilizó la triangulación de datos, es decir, la observación participante cuya información se vertió en diarios de campo, la entrevista y el contraste de la información a partir del punto de vista de las participantes. No se utilizó ningún programa informático, los datos fueron analizados de manera analógica.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

A partir del análisis de las entrevistas, se presentan, analizan y discuten los resultados en función de tres categorías:

- a) Percepción de la situación administrativa actual del hospital.
- b) Estrategias para el cuidado de la salud de sus hijas e hijos y su propio autocuidado de la salud.
- c) Secuelas psicológicas, físicas y sociales.

Percepción de la situación administrativa actual del Hospital

Una situación relevante en torno a las participantes fue su percepción en torno a los mecanismos con que opera en la actualidad el Hospital del Niño DIF después del incremento en el precio de los servicios que brindan. Expresaron descontento con los costos elevados del Hospital, inconformidad hacia los trámites que se les solicita para poder obtener una beca de discapacidad para sus hijos, así como en la utilización de una plataforma digital que les asigna el nivel socioeconómico para proporcionarles descuentos en los servicios médicos que requieren, debido a que estos mecanismos son limitados para captar la complejidad de lo que sucede en su cotidianidad y circunstancias específicas de vida.

Esta parte del nivel socioeconómico que te asignan es por medio de una plataforma [...] Pero de pronto yo encuentro que hay como una falla ahí, porque al final es un programa y entonces no tiene esta capacidad de empatizar, de decir bueno, a lo mejor suena como muy distante la cantidad de sus ingresos y egresos, pero es porque esa persona busca la mamerta de cubrir esos gastos, entonces yo creo que es algo que sí tendría que hacerse de persona a persona para contemplar estas variables. (Participante 2, 2023).

Es importante indicar que las participantes esperan ser escuchadas y tomadas en cuenta por el personal directivo y administrativo del hospital y que, a través de sus experiencias, se tome conciencia sobre las situaciones que las madres solteras tienen que enfrentar para dar atención médica de calidad a sus hijas e hijos.

Estrategias para el cuidado de la salud de sus hijas e hijos

Aunque que las madres solteras realicen actividades remuneradas que les permitan solventar los gastos del hogar, mencionaron que los precios del Hospital del niño DIF fueron tan altos que por cuenta propia no lograron sufragarlos en el momento solicitado, por lo que en ocasiones se vieron obligadas a pedir préstamos para cubrir los gastos médicos. De igual forma, señalaron que en varias ocasiones tuvieron que cancelar las citas médicas de sus hijos o hijas debido a que no contaban con el dinero suficiente para cubrir los gastos y tenían que priorizar qué servicios médicos apremiaban en esos momentos.

También lo atendía en odontopediatría, algunas veces tuve que cancelar sus citas o posponerlas porque no tenía en ese momento para ese servicio, entonces era como priorizar el más importante, el servicio

neuroológico, pues posponer las consultas que no fueran tan urgentes en ese momento. (Participantes 2, 2023)

Cobas-Moeira y Gamboa-Delgado (2015) refieren que las madres solteras asumen el peso de ser la única fuente de ingresos de la familia, generando una sobrecarga de tareas, por lo que las madres ponen en práctica diversas estrategias de afrontamiento. En este caso, las participantes comentan que, al no tener el suficiente dinero para cubrir los gastos del hospital, tuvieron que desarrollar estrategias como la creación de pequeños negocios y/o ventas informales, búsqueda de medicinas con menores precios, priorizar consultas, buscar ayuda monetaria e incluso apoyo de figuras públicas.

Yo mejor compro por fuera [...] si buscas que la farmacia del ahorro, que, si ya hay ofertas y como mi mamá es cliente de la farmacia del ahorro, pues hay veces que ya te dan, que te regalo esto, te doy esto, o luego su pediatra por fuera me da medicamento. (Participante 4, 2023)

Como sugiere Mercado (2019), las madres solteras deben buscar a personas de confianza o instancias seguras donde puedan dejar a cargo a sus hijas e hijos durante su jornada laboral. Sin embargo, las participantes mencionaron que cuando sus hijas o hijos presentan problemas de salud, ellas, al ser las cuidadoras primarias, faltan al trabajo para llevarlos a los servicios médicos o incluso optan por llevarlos al trabajo. Cuando no les es posible llevarlos al trabajo, piden ayuda a su red de apoyo principal, siendo en su mayoría familiares cercanos a ella. Cuando ninguna de estas dos opciones está a su alcance, tienden a generar estrategias alternativas como el análisis más a fondo de la situación y, cuando pueden ser previstas cuestiones referentes a la salud de sus hijos, recurren a la planificación para lograr cumplir con las demandas de cuidado médicas.

Observo los síntomas, decido cuál sería la primera línea, si es algo que amerita atención súper inmediata, pues la llevo al médico, sino empiezo a observar para ver hacia dónde evoluciona y ya después vamos a consulta con el pediatra o con el médico que sea adecuado. (Participante 3, 2023)

Bordón (2021) menciona que las mujeres que viven en un hogar monomarental deben de organizar su vida entre sus necesidades humanas propias con el trabajo de mercado, además de otorgar un tiempo a las actividades domésticas y de cuidado. No obstante, disminuye principalmente el tiempo para dedicar al ocio, recreación y a su desarrollo personal. Asimismo, Burgos, Bravo y Lennon (1999) indicaron que las mujeres madres solteras jefas de familia son más proclives a presentar síntomas de depresión.

En este trabajo, las participantes comentan que les gustaría tener tiempo para hacer todas las cosas que les gustan y se pudieran relajar. Así mismo, mencionan que postergan actividades relacionadas con el cuidado de su salud, ya que para ellas es más importante el cuidado de sus hijos y el pago de los servicios de salud.

Soy diabética [...] pues trataba de tomarme mis medicamentos, pero no me fue posible ir a mis consultas, porque pues primero tenía que estar haya con mi hija y después tenía que trabajar para pagar lo que se debía porque era mucho. (Participante 1, 2023)

En relación con el trabajo remunerado, las mujeres que están a cargo de su hogar y que trabajan al mismo tiempo tienen mayores responsabilidades, pero sus ingresos son menores debido a la desigualdad laboral (Bordón, 2021). Por un lado, al llegar a la maternidad, muchas mujeres buscan empleos con la suficiente flexibilidad para conciliar la vida familiar y el trabajo, dando lugar a una segregación ocupacional que concentra a las mujeres en puestos de salarios más bajos (Cebrián y Moreno, 2018, p. 49), es decir, sus oportunidades de crecimiento laboral y/o oportunidades de capacitación se ven afectadas y/o limitadas.

Yo no podía cuidarla porque si dejaba de trabajar ellos no comían y no pagaba el dinero que yo tenía que pagar. (Participante 1, 2023)

Con base a los testimonios de las entrevistadas, el ámbito laboral se ve afectado al no contar con una red de apoyo, puesto que tienen que interrumpir sus actividades de trabajo para cuidar de sus hijas e hijos, lo que impide un buen desempeño como trabajadoras. Por otra parte, al estar inmersas en dos actividades de trabajo, uno remunerado y otro no, deben aplicar estrategias para que uno no repercuta tanto en el otro, por lo que, en el caso de las participantes de este estudio, deciden no llevar actividades del trabajo a casa para no saturarse.

Secuelas psicológicas, físicas y sociales

Según Aguilar (2017), los principales componentes que forman el sentido de vida de la madre soltera son el amor a sí misma, el amor a sus hijos y el trabajo. Todas las participantes ponen en primer lugar a sus hijos y su bienestar, antes que el propio. Por una parte, algunas de las participantes mencionaron que sus hijas e hijos fueron una motivación para dar continuidad a sus vidas. No obstante, otras mencionaron la necesidad de apoyo, así como sentimientos de soledad, cansancio y desgaste mental, cognitivo y emocional.

Frustración, enojo, tristeza, ira. ¿Por qué? Porque son muchos factores cuando eres mamá soltera, pues es lidiar con tus problemas personales, los problemas de tu hijo, los problemas que tienes que cargar por la persona. (Participante 4, 2023)

Así mismo, refieren que el aspecto económico les ha generado problemas psicológicos, como estrés y ansiedad, tanto por los gastos que deben de cubrir como por el cambio en las tarifas, lo que ha generado consecuencias en su salud mental al no saber cómo van a cubrir todas las cuentas y al aumentar la presión por tener que conseguir el dinero para cubrir los gastos.

Respecto a las secuelas físicas, las entrevistadas mencionaron haber experimentado diversas situaciones en las que se les complicó su estado de salud; mencionaron que a raíz de la ansiedad y la depresión que sufrían, en ciertas ocasiones experimentaron diversos malestares físicos, como dolores de cabeza y problemas al dormir.

Me dan episodios de migraña y pues no se tolera la luz, ni el ruido ni demás y pues lo que hago es irme a acostar, pero con mi niño y estar ahí con él como con sus juguetes y eso tratando de que no me afecte como la luz y el ruido. (Participante 2, 2023)

Como se señaló, las madres en soltería tienden a sufrir una sobrecarga de trabajo que las condiciona a limitar diversas actividades de desarrollo personal, así como a su aislamiento (Cobas y Gamboa-Delgado, 2015). En ese sentido, las secuelas en términos de relaciones sociales a menudo están asociadas con la ruptura de la convivencia familiar y la pérdida de amistades.

En reuniones como fiestas familiares o salidas con amistades si de pronto veo que mi niño está muy inquieto o no hay quien pueda quedarse con él, pues entonces he tenido que cancelarlas” (Participante 2, 2023)

Las entrevistadas, al tener la completa responsabilidad del cuidado de sus hijas e hijos, se ven obligadas a hacer a un lado reuniones familiares y con amistades, disminuyendo el tiempo en actividades de convivencia. Las participantes mencionan que han cancelado juntas de trabajo u otros compromisos personales para poder cuidar de sus hijos, es decir, priorizan el cuidado de sus hijos ante cualquier actividad social, a menos que encuentren a alguien de confianza que los pueda cuidar, algo que muy rara vez sucede.

Relacionado con lo anterior, el uso del tiempo tiene un papel fundamental en la vida de las madres. Por ejemplo, según la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo [ENUT],

en 2019, las mujeres proporcionan 67% de su tiempo semanal en el trabajo no remunerado de los hogares, 31% en trabajo para el mercado y menos del 3% en la producción de bienes para uso exclusivo del hogar (INEGI, 2019). En este contexto, las participantes señalaron que el tiempo de que disponían normalmente en su vida diaria era escaso. Su rutina se ha visto afectada debido a la enfermedad de sus hijas e hijos, llevándolas a redistribuir su tiempo para poder cuidarlos.

Más tiempo en trabajo, y luego que córrele a llegar a cocinar, a lavar, a sacarlos un rato, a hacer tareas, todo me lo llevo en ellos. (Participante 5, 2023)

Las participantes dedican la mayor parte de su tiempo a sus hijas e hijos. Es importante resaltar que el cuidado de las hijas e hijos no tiene horarios establecidos y, debido a esto, no siempre logran organizar sus actividades para dedicar tiempo a ellas mismas.

Tras la realización de este estudio, se comprobó que, efectivamente, el Hospital del Niño DIF aumentó a partir del año 2017 sus cuotas en los cinco niveles de los cuatro tipos de consulta que otorga. A raíz de la emergencia que representa esta situación para las mujeres, estas se han visto obligadas a generar diversas estrategias sin importar las consecuencias e implicaciones hacia ellas mismas, ya que como lo mencionan Cobas-Moeira y Gamboa-Delgado (2015), las madres solteras asumen el peso de ser la única fuente de ingresos de la familia, generando una sobrecarga de tareas, por lo que deben poner en práctica diversas estrategias de afrontamiento.

En respuesta al objetivo de esta investigación, las estrategias más utilizadas por las madres fueron: mantener más de un trabajo a la vez, ya sea formal o informal; llevar un registro de gastos para un mayor control económico; priorizar algunas situaciones ante otras; buscar alternativas más accesibles de acuerdo a sus posibilidades económicas; recurrir a sus redes de apoyo ya sea por apoyo moral, afectivo e instrumental y a instituciones gubernamentales para apoyo económico y/o de relaciones sociales. Del mismo modo, se confirmó que el rol del cuidado sigue recayendo en manos de las mujeres, es decir, sigue existiendo desigualdad ante la repartición de tareas entre hombres y mujeres tal y como lo plantea Anzorena (2008).

Es decir, los resultados de la investigación brindaron información relevante, y, gracias a la buena comunicación de las participantes, se logró superar las expectativas de la investigación. No obstante, existieron ciertas limitantes como: la falta de tiempo de las

participantes debido a sus trabajos y/o responsabilidades, el tamaño de la muestra al ser pequeña, la falta de disposición de la institución para brindarnos información relevante y, por último, la escasa información relacionada con el tema en el contexto de Hidalgo.

CONCLUSIONES

Con base en lo expuesto, se aprecia que ser madre en soltería implica el despliegue de diversas estrategias para sostener la vida familiar. Sin embargo, la mayoría de ellas no reciben el apoyo familiar, ni gubernamental, para facilitar su trabajo y procurar sus necesidades y la de sus hijos/as.

Así mismo, se necesita crear conciencia acerca de la desigualdad que rodea a las mujeres, dar cuenta que las experiencias de las entrevistadas dejan al descubierto violencias estructurales que precarizan sus vidas. De ahí que futuras investigaciones interesadas en el tema abordado tomen en cuenta diversas categorías de diferenciación que configuran la vida de las mujeres: etnia, clase social, contexto político y cultural en el que se encuentran en dirección al diseño e implementación del estudio con una multiplicidad de puntos de vista. Del mismo modo, queda al descubierto un panorama general de sus acciones en torno al cuidado de sus hijas e hijos y cómo estas afectan las dimensiones personal, social, económica y de salud de sus vidas, lo que sugiere la necesidad de diseñar políticas institucionales que consideren mecanismos y estrategias sensibles a las necesidades y circunstancias de vida específicas con tal de evitar una precarización de sus vidas. Además, se insta a la participación de la sociedad para establecer políticas libres de opresión ante la mujer, en la cual tanto hombres como mujeres se hagan cargo de manera equitativa del trabajo de cuidado, es decir, desfeminizar el cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, Deyanira; MEDINA, Belem; MARTÍNEZ, Reina. El sentido de vida en madres solas. En: *Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología. ALFEPSI*. 2017, vol. 5, núm. 13, pp. 121-131.
- ANZONERA, Claudia. Estado y división sexual del trabajo: las relaciones de género en las nuevas condiciones del mercado laboral. En: *Utopía y Praxis Latinoamericana*. 2008, vol. 13, núm. 41, pp. 47-68.
- ARENAS, Miguel; AGULLÓ, Esteban; SAIZ, Rosana. Estrategias de madres solas afectadas por la crisis a la luz de las nuevas sociologías singularizadas. En: *Aposta, revista de ciencias sociales*. 2018, vol., núm. 77, pp. 177-206.
- BLÁZQUEZ, Norma; FLORES, Fátima; RÍOS, Maribel. *Investigación feminista: Epistemología, metodología y representaciones sociales*. México: Ediciones Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México, 2012.
- BORDÓN OJEDA, Marisa. Hogares liderados por mujeres y por hombres: el uso del tiempo y las desigualdades. En: *Revista Economía y Sociedad*. 2021, vol. 26, núm. 59, pp. 1-15.
- BURGOS, Nilsa; BRAVO, Milagros; LENNON, Mary. Síntomas de depresión en mujeres solteras con jefatura de familia en Puerto Rico: Implicaciones para las profesiones de ayuda. En: *Revista Análisis*, 1999, vol. 1, núm. 1, pp. 105-128.
- CADENA-IÑIGUEZ, Pedro., et al. Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. En: *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*. 2017, vol. 8, núm. 7, pp. 1603-1617.
- CARRASCO, Cristina. *Con voz propia: La economía feminista como apuesta teórica y política*. Madrid: Ediciones La Oveja Roja, 2014.
- CEBALLOS, Froylán. El último aliento: Una fenomenología sobre ser madre soltera. En: *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2011, vol. 16, núm. 1, pp. 165-173.
- CEBRIÁN, Inmaculada; MORENO, Gloria. Desigualdades de género en el mercado laboral. En: *Panorama Social*. 2018, núm. 27, pp. 47-63.
- COBAS, Yaniet; GAMBOA-DELGADO, Yaimara. Influencia de la monoparentalidad en el desarrollo psicosocial de niños en edad escolar: estudio de casos. En: *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. 2015. Disponible en: www.eumed.net/rev/caribe/2015/05/monoparentalidad.html
- CRUZ, María; REYES, María; CORNEJO, Marcela. Conocimiento situado y el problema de la subjetividad del investigador/a. En: *Cinta moebio*. 2012, vol., núm 45, pp. 253-274.

- GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. *Servicios*. 2022. Disponible en: <https://dif.cdmx.gob.mx/servicios>
- HERNÁNDEZ, Julio. *Cuestan más las consultas en el Hospital del Niño DIF*. 2018. Disponible en: <https://shorturl.at/hafv8>
- HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos; BAPTISTA, Pilar. *Metodología de la investigación*. México: Ediciones McGraw-Hill Education, 2014.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT)*, 2019. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2019/>
- JOCILES, Maria Isabel., et al. Una reflexión crítica sobre la monoparentalidad: el caso de las madres solteras por elección. En: *Portularia*, 2008, vol. 8, núm. 1, pp. 265-274.
- LOPEZOSA, Carlos. Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. En: *METHODOS. Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social*. 2020, vol., núm. 1, pp. 86-100.
- MALDONADO VALERA, Carlos; RICO, María. *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*. CEPAL, 2011. [Consulta: 12 de febrero de 2023]. Disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/6973-familias-latinoamericanas-interrogadas-la-articulacion-diagnostico-la-legislacion
- MAYOBRE, Purificación; VÁZQUEZ, Iria. Cuidar cuesta: Un análisis del cuidado desde la perspectiva de género. En: *REIS, Revista de Investigación Social*. 2015, núm. 151, pp. 83-100.
- MÁRQUEZ AGUAYO, Maria Estela. Las mujeres y el cuidado un debate sordo en las políticas de desarrollo social. En: *XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Asociación Latinoamericana de Sociología. Guadalajara.
- MERCADO IBARRA, Santa Magdalena. Desafíos de las mujeres jefas de familia monoparental: ¿convicción o duda de sus propias capacidades? En: *Trayectorias Humanas Transcontinentales*. 2019, núm. 6, pp. 212-227.
- MORGADO, Beatriz; GONZÁLEZ, María del Mar; JIMÉNEZ, Irene. Familias monomarentales: problemas, necesidades y recursos. En: *Portularia*. 2003, vol. 3, pp. 137-160.
- PÉREZ-LUCO ARENAS, Ricardo., et al. Taxonomía de diseños y muestreo en investigación cualitativa. Un intento de síntesis entre las aproximaciones teóricas y emergentes. En: *Revista Internacional de Comunicación*. 2017, núm. 39, pp. 1-18.
- PÉREZ OROZCO, Amaia. Amenaza tormenta: La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. En: *Revista de Economía crítica*. 2006, núm. 5, pp. 7-37.
- REA, Patricia; MONTES, Verónica; PÉREZ, Karla. Políticas de cuidado con perspectiva de género. En: *Revista Mexicana de Sociología*. 2021, vol. 83, núm. 3.

- TERCERO GARCÍA, Sandra. Las familias monoparentales. una aproximación a sus principales problemas y necesidades. En: *Humanismo y Trabajo Social*. 2014, vol. 13-14, núm., pp. 249-273.
- VALENZUELA GARCÉS, Zahira. *Trabajo, economía del cuidado y maternidad en la posmodernidad: Mujeres arañando el tiempo*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2021.
- VARGAS HERNÁNDEZ, José Guadalupe. Liberalismo, Neoliberalismo, Postneoliberalismo En: *Revista Mad. Revista del Magíster en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad*. 2007, vol., núm. 17, pp. 66-89.
- VERTERAMO, Alejandra Natalia. *Estrategias que desarrollan mujeres a cargo de familias monoparentales en relación a su inserción laboral*. Argentina: Universidad Nacional de Río Negro, 2017.