



<https://doi.org/10.25115/riem.v15i1.10491>

ISSN: 2173-1950

Las mujeres gitanas gestantes desde la mirada de las matronas

Fernando Jesús Plaza del Pino¹, Florencia Spala²

Resumen: El pueblo gitano es la minoría étnica más numerosa en Europa y en España, sin embargo, son escasas las investigaciones centradas en la salud de este colectivo. Tanto los prejuicios y estereotipos hacia el pueblo gitano como cuestiones de género inciden negativamente en la atención sanitaria que reciben.

Objetivo. Explorar la visión de las matronas que cuidan a las mujeres gitanas durante la atención en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Método. Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. Se han utilizado entrevistas semiestructuradas en profundidad. El número matronas del Sistema Sanitario Público en Andalucía que han participado en el estudio han sido diez.

Resultados. Emergen tres categorías; visión de las mujeres gitanas, experiencias con mujeres gitanas y percepción de la atención en gestación, parto y postparto en las que se muestran los estereotipos y prejuicios que, en muchos casos, manejan las matronas estudiadas y condicionan sus conductas y opiniones.

Conclusiones. El desconocimiento de la realidad social y cultural del pueblo gitano hace que las opiniones e interpretaciones de las conductas de las mujeres gitanas por parte de las matronas se basen en estereotipos y prejuicios que las estigmatizan y limitan la atención sanitaria que reciben. Es imprescindible la formación intercultural de los

¹ Universidad de Almería, España, ferplaza@ual.es

² Centro de Estudio de la Migraciones y Relaciones Interculturales, Universidad de Almería, España, florenciaspala@yahoo.com.ar

profesionales de la salud para vencer estas barreras en la relación con las mujeres gitanas.

Palabras Clave: Enfermería, Formación Intercultural, Gitano, Mujer, Salud.

Pregnant gypsy women through the eyes of midwives

Abstract: The Roma population is the largest ethnic minority in Europe and Spain, but there is little research on the health of this group. Both prejudices and stereotypes toward Roma people and gender issues negatively impact the health care they receive.

Objective. To explore the vision of midwives who care for gypsy women during care in the process of pregnancy, childbirth and puerperium.

Method. A qualitative study with a phenomenological approach. In-depth semi-structured interviews were used. Ten midwives from the Andalusian Public Health System participated in the study.

Results. Three categories emerge; vision of gypsy women, experiences with gypsy women and perception of care during pregnancy, childbirth and postpartum, which show the stereotypes and prejudices that, in many cases, are handled by the midwives studied and condition their behaviors and opinions.

Conclusions. The lack of knowledge of the social and cultural reality of the Roma population means that the opinions and interpretations of the behavior of Roma women by the midwives are based on stereotypes and prejudices that stigmatize them and limit the health care they receive. Intercultural training of health professionals is essential to overcome these barriers in the relationship with Roma women.

Keywords: Nursing, Intercultural Training, Roma, Women, Health.

1. Introducción

La realidad de la etnia gitana continúa siendo un enigma debido a la escasa atención académica que ha recibido históricamente (Haz-Gómez et al, 2019). A pesar de que se estima que constituyen la minoría étnica transeuropea más numerosa (Laparra 2005 y 2008), así como la población más significativa dentro de las minorías étnicas autóctonas de España (García Martínez, Jiménez Ruiz y Amansa Martínez, 2017), la escasez de investigaciones académicas resulta notable.

En España, según los datos aportados por la Fundación Secretariado Gitano (FSG,2016), este colectivo está integrado por medio millón de personas, con una especial concentración en las regiones de Andalucía, seguido por Cataluña, Valencia y Madrid (Hernández Pedreño et al, 2019).

Distintos reportes (FSG, 2008, 2016a; Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada (FOESSA), 2018) ponen en evidencia alarmantes indicadores de desfavorabilidad de esta etnia, en comparación con el resto de la población española. Se observa una menor esperanza de vida, así como tasas más bajas de escolarización y de ingresos. Estos factores, entre otros, contribuyen a una mayor vulnerabilidad, desigualdad y exclusión (Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014 (2016); Consejo para la Eliminación de la Discriminación Racial o Étnica (CEDRE), 2020), sumados a una estigmatización social desde tiempos remotos (Leblon, 2017) que se encuentra no sólo vigente sino en aumento: la etnia gitana sufre la discriminación por su origen (Comisión Europea, 2020).

En el ámbito de la salud, el acceso y la atención de las personas gitanas resulta inferior -en comparación- con aquellas no pertenecientes a esta comunidad (La Parra et al, 2013; La Parra y Jiménez González, 2016), siendo la situación de las mujeres gitanas la más preocupante por la profundización de la vulnerabilidad que produce el género (Fernández y Fernández, 2024; FSG, 2012).

La presencia de prejuicios y estereotipos hacia las mujeres gitanas impacta de manera negativa en las prácticas de los equipos profesionales (CEDRE, 2020). Según las investigaciones de Gil-Estevan y Solano-Ruiz (2017), muchas mujeres gitanas son estigmatizadas por no ajustarse a las normas sociales hegemónicas de la sociedad española, como la preferencia de ser acompañadas por otras mujeres durante el parto, el deseo de tener más hijos e hijas o la tendencia a dar mayor peso a los consejos de las

mujeres de su familia en lugar de seguir las recomendaciones de los profesionales (Ferrer, 2003).

Como es sabido, la lactancia, el parto y el postparto son procesos biológicos profundamente atravesados por la cultura, la religión y las creencias personales. Esto implica que sean vividos de manera diversa, lo que genera, en ocasiones, una discordancia entre las concepciones de las profesionales de la salud y las expectativas de las usuarias. Este desencuentro puede dar lugar a tensiones, incomprensiones e incluso conflictos, exacerbados por la falta de sensibilidad cultural en el ámbito sanitario (Gil Estevan y Solano Ruiz, 2017; Suarez Cárdenas y Plaza del Pino, 2018). El conocimiento de la cultura de la población con la que se trabaja, junto con una apertura mental que cuestione los posicionamientos etnocentristas, favorece las prácticas e intervenciones de los equipos profesionales (Lenninger, 1999; Escobar-Ballesta et al, 2019). Esta *competencia cultural* (Purnell, 2002) es esencial para ofrecer cuidados que respeten y se ajusten a las características culturales de cada grupo. La conciencia intercultural es un aspecto fundamental para reducir los prejuicios, así como para favorecer un vínculo de mayor cercanía y empatía entre profesionales y usuarias (Arza-Porras y Rodríguez Camacho, 2019). Para ello, es necesario conocer la situación sanitaria de este colectivo, a fin de diseñar estrategias y políticas que contribuyan a su bienestar (Martorell Poveda y Rodríguez Pola, 2015).

Este artículo busca contribuir al entendimiento del acceso a la salud de las mujeres gitanas que atraviesan el proceso de gestación, parto y posparto. Se analiza el acceso y la atención de ellas, desde la mirada y experiencia de trabajo de las matronas. Este primer acercamiento busca conectar esta perspectiva con estudios futuros que integren la voz y las experiencias de las mujeres romaníes.

2. Método

2.1. Diseño

El diseño de esta investigación es de naturaleza cualitativa (Hammersley y Atkinson, 1994) empleando un enfoque fenomenológico (Hernández Sampieri, 2014) para explorar y comprender en profundidad la experiencia de las matronas en la atención gestacional y post-gestacional de mujeres de etnia gitana.

2.2. Participantes

La selección de las participantes fue intencional, focalizando en las matronas del Sistema Sanitario Público en Andalucía. Los criterios de inclusión para el estudio fueron: ser matrona en ejercicio en el Sistema Sanitario público andaluz, haber brindado atención a mujeres gitanas y encontrarse en situación laboral activa. Se excluyeron aquellas profesionales que estuvieran en excedencia laboral.

La selección de matronas se realizó mediante informantes clave, quienes, utilizando la técnica de bola de nieve (Lopez-Roldán y Fachelli, 2015), facilitaron el contacto con el resto de las participantes. El tamaño de la muestra se determinó en función de la saturación de datos, es decir, cuando la información recolectada comenzó a repetirse y dejó de aportar nuevos elementos significativos, el número final de informantes fue de 10 matronas.

2.3. Recogida de datos

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada en profundidad (Taylor y Bodgan, 1996), enfocándose en temas clave como las consultas de seguimiento del embarazo en mujeres gitanas, su participación en cursos de parto y en cuidados del bebé, las experiencias y prácticas relacionadas con el embarazo y el parto, la participación de familiares, el contacto inicial con el recién nacido o la recién nacida, el amamantamiento y el período de posparto. Las entrevistas se llevaron a cabo de manera presencial, excepto en tres casos, en los cuales se realizaron a través de video llamada. Estas tuvieron lugar en los lugares de trabajo de las participantes o en otros espacios, según sus preferencias, con una duración aproximada de 45 minutos y 1 hora y 20 minutos. Cabe destacar que todas las entrevistas fueron grabadas, garantizando en todo momento el anonimato, la confidencialidad y la voluntariedad de las participantes.

2.4. Análisis de datos

El análisis cualitativo se desarrolló siguiendo un enfoque inductivo, destacando la transcripción de entrevistas y el uso del software Atlas Ti.9. Se realizó la sistematización de ideas, definición de temáticas, categorización y codificación de datos (Miles y Huberman, 1994), culminando en la construcción de una matriz de datos, como se muestra en la sección correspondiente.

2.5. Criterios éticos

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la Universidad de Almería (EFM 155/2021). Para garantizar el anonimato y la confidencialidad, se asignó un código a cada participante. En todos los casos se explicó y leyó en voz alta un formulario de consentimiento informado en el que se detallaron los fines del estudio y la aceptación a participar en el mismo que cada participante firmó. Todos los registros se realizaron respetando los preceptos establecidos en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal recogidos en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales; así como en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y del Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Este estudio se ha llevado a cabo teniendo en cuenta los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

3. Resultados

En este estudio se han entrevistado a 10 matronas (se utiliza el femenino para preservar la identidad del participante varón). Las características de nuestras informantes se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de las informantes.

Código	Edad	Lugar de trabajo	Ámbito	Antigüedad
M1	59	Atención Primaria	Público	27 años
M2	39	Atención Primaria	Público	6 años
M3	47	Atención Primaria	Público y privado	23 años
M4	36	Atención Primaria	Público	9 años
M5	35	Hospital	Público	5 años
M6	33	Hospital	Público y privado	9 años
M7	35	Hospital	Público	5 años
M8	32	Hospital	Público y privado	11 años
M9	37	Hospital	Público	10 años
M10	58	Atención Primaria	Público y privado	38 años

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los autores (2024).

Las informantes tienen una edad media de 40,9 años (DE: 9.5). La mitad trabaja en hospitales de Almería y la otra mitad en centros de salud de atención primaria, también de la provincia de Almería. La mayoría desarrolla su labor exclusivamente en el ámbito

público, 6 de las 10 participantes. La experiencia profesional en el Sistema Sanitario Público garantiza la experiencia de las informantes en la atención a usuarias gitanas.

Las categorías, subcategorías y códigos encontrados tras el análisis de los datos se muestran de manera esquemática en la Tabla 2.

Tabla 2. Categorías temáticas

Categoría	Subcategorías	Códigos
Visión de las mujeres gitanas	Estereotipo sobre las mujeres gitanas: madres adolescentes y multiparas	La mirada sobre la cultura gitana Dejadéz en los cuidados
Experiencias con mujeres gitanas	Barreras detectadas Facilitadores identificados	Diferencia cultural Desconfianza Apoyo familiar o comunitario
Percepción de la atención en gestación, parto y postparto	Atención prenatal Atención durante el parto Seguimiento durante el postparto	Controles gestacionales: <i>van a su rollo</i> Curso de parto y cuidados del bebé Elección de otras mujeres como acompañantes en el parto El saber acompañar de las mujeres gitanas Utilización de la epidural Manifestación del dolor Concurrencia a las consultas La red familiar y comunitaria como sostén y apoyo

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los autores (2024).

3.1. Percepción de las mujeres gitanas

Las profesionales describen a las gestantes gitanas como mujeres muy jóvenes que suelen abandonar sus estudios para casarse y formar una familia, prácticas que atribuyen a la cultura gitana. En sus relatos, se percibe un marcado distanciamiento respecto a la cultura y tradiciones gitanas, las cuales contrastan con las experiencias y valores del colectivo con el que se identifican las matronas, referido como el “nosotras españolas”.

Una cantidad de embarazo adolescente alucinante (M1)

Suelen ser también multiparas, es decir, suelen tener bastantes hijos (M5)

3.1.1 Estereotipo sobre las mujeres gitanas: madres adolescentes y multiparas

Según las matronas, la maternidad temprana es percibida como un rasgo característico de la cultura gitana, donde no se distingue claramente entre el inicio de la actividad sexual y las responsabilidades de cuidado. Este tema genera gran preocupación entre las profesionales, convirtiéndose en un tópico recurrente en las entrevistas. Sin embargo, esta percepción contribuye a reforzar el estereotipo de la mujer gitana asociada con la maternidad adolescente y la multiparidad. Un enfoque simplificado casi a una fórmula, que refleja generalizaciones y reduccionismos que invisibilizan la diversidad

dentro de esta población, afectando negativamente la calidad del trato y la atención que reciben.

Madres jóvenes en comparación al resto, son, suelen ser muy jóvenes, a lo mejor vienen a parir el primero con 15 años, 16, el primero (...) grandes multíparas (M8)

Algunas matronas proponen promover cambios dirigidos a retrasar la maternidad y disminuir el número de hijos/as en la comunidad gitana. Sin embargo, estas propuestas están marcadas por concepciones que reflejan estereotipos sociales arraigados, los cuales no solo simplifican la realidad de esta población, sino que también perpetúan su estigmatización. Este enfoque, lejos de considerar las complejidades y particularidades culturales, tiende a imponer perspectivas externas que pueden resultar paternalistas y poco respetuosas de su autonomía.

...retrasar la edad del embarazo, no mucho, porque tampoco, pero por lo menos a los 25 de la población gitana ¿no? cambiar un poco eso, porque es que con 16 años... se ve mucho embarazo adolescente, no sé cómo se podría cambiar eso, eso es cultural también, entonces están deseando no estudiar para casarse y tener hijos (M3)

Las entrevistadas perciben la cultura gitana de forma negativa, señalando un machismo arraigado que condiciona profundamente la vida de las mujeres. Según su perspectiva, varios aspectos reflejan esta realidad: el limitado acceso de las mujeres a la educación formal, la normalización de la maternidad adolescente, entendida como un rasgo cultural que refuerza los roles de género tradicionales, y la falta de autonomía de las mujeres tanto en el ámbito familiar como comunitario.

Ellos en su cultura cuando se juntan... los gitanos... yo creo que todo esto es cultural... como ya se juntan y ya están casados digamos... pues yo creo que ponen muy pocos medios o ninguno... y su cultura es tener hijos... supuestamente tampoco pueden tener relaciones fuera del matrimonio, o de estar con una persona viviendo... porque no creo que utilicen métodos anticonceptivos... (M7)

Nuestras informantes también indican la “dejadez” en la manera de vivir, que se manifiesta en la falta de atención a los cuidados de la salud, alimentación, entre otros

aspectos. El distanciamiento respecto de lo que identifican como cultura gitana es total, no sienten que haya ningún elemento con el que se identifiquen o puedan mencionar como compartido.

Quizás también son valores diferentes a los nuestros ¿no? o.... bueno, “a los nuestros”. No quiero hablar de “nuestro”. Pero quizá también son... otros valores ¿no? Pero... yo qué sé, pues con el tema de la educación de los bebés, con el tema de la participación familiar. Hago un poco a lo que se saliera, ¿no? un poco, una actitud entre comillas, muy dejada ante la vida, ¿no?
(M1)

3.2. Experiencias con mujeres gitanas

Los juicios de valor sobre el modo de vida de la etnia gitana refuerzan la percepción de grupo problemático y complejo de atender, alimentando estereotipos que se consolidan como verdades incuestionables aplicadas a toda la comunidad. Esta falta de reconocimiento y empatía hacia sus prácticas culturales contribuye a la estigmatización.

...con el tema de la población gitana, me cuesta mucho trabajo. Puedo entender mejor a un marroquí que a un gitano, entonces ahí yo tengo también... cada uno también tiene su barrera, ¿no? [...] más feeling (M1)

3.2.1 Barreras detectadas

Desde la perspectiva de las matronas, las mujeres gitanas tienden a mostrar una limitada receptividad hacia las orientaciones que les proporcionan, lo que se traduce en una mayor carga de trabajo al necesitar estrategias adicionales para fomentar la asistencia y el seguimiento de las pautas recomendadas. Así mismo, esta actitud genera frustración entre las matronas, quienes perciben resistencia, desinterés y desconfianza por parte de las consultantes, conductas que son consideradas como rasgos culturales propios de la comunidad gitana.

Son demandantes y hacen lo que quieren [...] Entonces, ¿qué pasa? Qué bueno, pues tienes que hacer un poco, ir a su ritmo si quieres llevarte bien... (M3)

Algunas matronas reflexionan sobre la imposición de ciertas prácticas, lo considerado como normal.

Porque al final no dejamos de ser humanas, que tenemos una idea y siempre queremos transmitirlos a los demás ¿no? Así que, si piensas que tienes la razón, quieres llevar la verdad al resto del mundo, ¿no? (M2)

Algunas informantes indican una falta de atención a sus indicaciones, relacionando las dificultades que encuentran con las mujeres gitanas con la rigidez mental, perspicacia y desconfianza que perciben en esta población.

Pasan un poco de todo, como que los consejos se los suelen dar de madres a hijas o de suegra a hija o de hermana a hermana. De hecho, no tengo ninguna gitana, ahora mismo, que haya venido, ninguna” (Se refiere al curso de preparación al parto) (M4)

La desconfianza es una de las características negativas que destacan nuestras informantes de las mujeres gitanas lo que supone un desafío en la relación terapéutica al sentirse cuestionadas en su conocimiento y experiencia.

[la población gitana] es suspicaz hacia el profesional sanitario. ¿Vale? suspicaz en el sentido de que está cuestionando constantemente, tu... tu criterio ¿vale?, son mujeres que necesita explicarle muy bien lo que estás haciendo, porque tienen unos patrones culturales muy marcados... y a la vez son poco flexibles mentalmente, ellas piensan que tiene que ser así... y tienes que respirar hondo y explicárselo muy pausadamente para que lo entiendan(M6)

3.2.2 Facilitadores identificados

Las matronas señalan diversos aspectos que facilitan el proceso de gestación, parto y postparto en las mujeres gitanas vinculados a las matrices culturales gitanas, siendo el sentido de comunidad y el valor de la familia extensa como los más destacados. Este apoyo familiar y comunitario es valorado como una herramienta esencial para compartir conocimientos sobre los autocuidados de las madres como de hijos e hijas. El entorno familiar crea espacios seguros que permiten expresar inquietudes y angustias, lo que contribuye a generar tranquilidad y a vivir el proceso con mayor naturalidad.

Porque nosotras realmente tenemos escaso apoyo social, por eso recurrimos mucho al profesional (...) En ese sentido estamos más atrasadas. Las gitanas tienen una red social grande con la que se retroalimentan para la lactancia, los cuidados del bebé y no tienen ningún tipo de problema (M3)

Aunque esta red familiar es valorada positivamente por las entrevistadas, también señalan aspectos negativos; como la falta de participación en los cursos de preparación al parto y el seguimiento del postparto.

Las gitanas van un poco... a su rollo, pueden ser las que más faltan a las consultas y suelen tener más niños, también (M4)

3.3. Percepción de la atención en la gestación, parto y postparto

Las entrevistadas identifican ciertas prácticas durante el embarazo, parto y postparto como propias de las mujeres gitanas. Muchas de éstas les generan preocupación y contribuyen a profundizar en el distanciamiento con la “cultura” gitana, reforzando la construcción de un “ellas” frente a un “nosotras” españolas.

Es cultural. Ellas piensan que eso de que a quien madruga Dios lo ayuda, eso no va con ellas (M3)

3.3.1. Atención prenatal

En el caso de la atención prenatal, la percepción sobre cómo las mujeres gitanas transitan esta etapa es negativa, predominan las quejas y reclamos sobre su no asistencia, reforzando la imagen generalizada de una consultante gitana percibida como “dejada” y “despreocupada”

... descuido un poco en general, ¿eh? descuido de la vida, ¿no? Y falta de... bueno, falta... (M1)

Algunas matronas refieren que el trabajo en ferias itinerantes, o la residencia en espacios alejados de los centros de salud u hospitales inciden en la falta de concurrencia o en la impuntualidad. Sin embargo, para la mayoría, estas conductas son producto de la cultura”. Es así como se consolida el estereotipo de “mujer gitana”, lo que acaba impactando negativamente en la atención recibida.

Les venía todo más..., tienen que subir una cuesta, bajar otra, no sé cuándo. Entonces la que venía, venía, la que no... (M10)

Muchas son feriantes, ¿vale? feriantes, pues van poniéndose de feria, en feria o tienen puestos de vendedoras ambulantes, y es verdad que muchas veces eso complica el seguimiento (M6)

En relación con los cursos de preparación para el parto y los cuidados del bebé, las informantes señalan que la población gitana no suele participar. *Pasan un poco de todo, como que los consejos se los suelen dar de madres a hijas o de suegra a hija o de hermana a hermana. De hecho, no tengo ninguna gitana, ahora mismo, que haya venido, ninguna (M4)*

3.3.2. Atención durante el parto

Desde la mirada de las matronas, el parto adquiere ciertas particularidades en el caso de las mujeres gitanas; quienes acompañan, las manifestaciones ante el dolor y las intervenciones practicadas.

Las chicas gitanas, lo que pasa es que son muy jovencitas. Son las típicas mujeres que van a acompañadas de sus madres porque son muy jóvenes y porque su madre les da esa protección... Entonces claro, partiendo de la base de que son niñas, imagínate cómo se afronta un momento tan difícil como es un parto (M7)

Uno de los aspectos que destacan las profesionales entrevistadas es la extrañeza ante la frecuente participación de mujeres como acompañantes en el parto en lugar de la pareja masculina, considerada por las matronas como lo “normal”. Este contexto da lugar a interpretaciones y teorías que perpetúan estereotipos y cristalizan imaginarios sobre este colectivo.

Llama la atención lo del acompañamiento de un familiar, no su marido, sino un familiar, normalmente una mujer, su madre. Sí que llama la atención (M7)

La presencia de la suegra en el parto genera extrañeza, al proyectarse lo conocido como lo único válido. La propia cultura termina por influir en la interpretación de la

escena, imponiendo juicios y limitando la capacidad de comprender el encuentro, de aquello que se percibe como diferente.

Mientras está pariendo es como la madre porque es su hija, pero ya una vez que nace el bebé, yo creo que hay un protagonismo, ya es de la suegra [...] Cuando nació el bebé, ya está la suegra porque ya es el hijo de su hijo... entonces y ella es como que la suegra es la que tiene ahí el papel de luego, ayudar al bebé y todas esas cosas (M10)

Algunas entrevistadas indican que el parto está asociado como un momento de mujeres. La empatía con el proceso y el saber actuar por la propia experiencia, fundamentan la presencia y acompañamiento femenino.

Se sienten más protegidas, más identificadas o creen que van a entender mejor el proceso del parto [...] creen que su marido no las va a entender (M7)

Las matronas refieren que la manera de acompañar de las mujeres gitanas es sumamente activa, destacando el impacto positivo que tiene en las gestantes.

Son buenas, son buen acompañamiento de parto. Están muy presentes. Alientan mucho, masajean mucho, tienen ese aporte... tiene ese alivio del dolor físico, le pone mantica para que esté caliente, le pone calor como método de aliviar el dolor, le masajea, ... la ayuda a cambiar de posición, le da refuerzo positivo. “Venga, que ya está el chiquillo aquí” y no sé qué, “ya te queda poco, que tú Manuel ya está aquí” (M8)

La mayoría de las entrevistadas refieren que las mujeres gitanas no utilizan la epidural por falsas creencias y temores a posibles consecuencias negativas.

Pero sí que es verdad que se ha transmitido esto, es más que una creencia cultural, lo llamaría un mito y es que la epidural puede perjudicarle en su espalda y puede acarrearle dolores de espalda en un futuro y puede... Hay mujeres que dicen “Es que yo creía que incluso me podía quedar en una silla de ruedas” (M6)

Las matronas explican la conducta de rechazo a la epidural a través de la naturalización del dolor, viéndolo como una parte inherente al proceso de parto que las mujeres deben atravesar propio de lo que consideran “cultura gitana”.

Pues porque yo creo que tienen, como que otra cultura del parto, del dolor. A mujeres gitanas que yo he atendido... tenían tan claro que eso era así, que el dolor era así y que no se iban a poner la epidural... que a mí una me llegó a decir “yo aguanto todo lo que pueda en mi casa para estar el menor tiempo posible en el hospital” (M5)

Respecto a las manifestaciones del dolor, algunas de las entrevistadas coinciden en que suelen expresarse de manera evidente, otras sugieren que esto podría estar relacionado con la no utilización de la epidural o lo interpretan como un reflejo de la inmadurez etaria.

Manifiestan más el dolor porque son un poco más, digamos de expresión natural, gritan más, evidentemente, son más inmaduras mentalmente y eso se nota ¿no? (M3)

Para otras matronas responde a aspectos relacionados con la falta de protagonismo a lo largo de la vida de las mujeres, resultando el parto uno de los pocos momentos en lo que serán visibilizadas como las importantes. En esta consideración se puede observar, de forma notable, cómo se realiza una construcción de las mujeres gitanas que responde a imaginarios y estereotipos, atravesados por prejuicios y generalizaciones y un notorio desconocimiento cultural.

La población gitana también hace mucho eso, como de rasgarse las vestiduras... llamar mucho la atención porque también es un poco como el único momento que se la mira ¿no? es el momento que tiene. A lo mejor va a tener 5 momentos a lo largo de su vida. Aparte del día de la boda, ya está y que el resto del tiempo va a ser una madre, va a ser una ama de casa y ya está. Probablemente, también ese quejido no sea tanto por dolor muchas veces, como por la necesidad de expresión que tienen (M2)

3.3 Seguimiento durante el postparto

El seguimiento durante el postparto es un momento fundamental para las matronas, ya que les permite realizar un control tanto físico como emocional de las mujeres, es una etapa poco conocida, por lo que es crucial brindar atención para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el cuidado del/la recién nacida y para acompañar a las madres.

El postparto es, como digo yo, la época más desconocida, un poco más oscura... que se conoce menos (M6)

Nuestras informantes señalan que en el postparto la asistencia de las mujeres gitanas a las consultas suele ser irregular, en muchas ocasiones sólo acuden cuando tienen alguna preocupación específica relacionada con el o la bebé. Esta actitud es interpretada, nuevamente, como dejadez.

No suelen venir mucho tampoco a la visita post parto, como que si tiene un problema vienen y si no, no vienen (M4)

Me ha costado más que vengan las gitanas, las llamaba, “que te toca la visita”, “pues si estoy bien”, “si el niño está con la teta y está bien”. Como que ella no tiene costumbre de revisarse ni nada (M10)

Las matronas valoran la importancia de contar con un buen apoyo social que acompañe a las mujeres en los cambios que genera el nacimiento. No sólo aportando ayuda en las tareas asociadas al cuidado, sino en el plano emocional.

Es una etapa de la vida que necesita muchísimo sostén, muchísimo acompañamiento, nunca sentirte sola, el entender que lo mismo que te pasa a ti le está pasando a otra que está recién parida... (M8)

En general, con el niño genial porque tienen red de apoyo de madres, se reúnen mucho. Además, aquí hacen muy buen clima, están siempre en la calle, en los parques. Hay muchas, entonces una habla, la otra habla, lo oyen... (M3)

Las profesionales valoran la red social de la que disponen las mujeres gitanas, algo de lo que carecen, en muchos casos, las no gitanas, quienes tienden a buscar ese apoyo en las matronas.

Nosotras realmente tenemos escaso apoyo social, por eso recurrimos mucho al profesional, pues vas a la consulta en una matrona para que te dé este servicio, porque tú no tienes confianza ni siquiera con la vecina que ha tenido un hijo para ir a tocarle y decirle, “Oye, ¿tú qué estás haciendo?” En ese sentido estamos más atrasadas (M3)

4. Discusión

Este estudio analiza el proceso de atención durante el embarazo, parto y postparto de mujeres gitanas desde el punto de vista de las matronas que las atienden. La bibliografía existente sobre la atención sanitaria a mujeres gitanas, aunque escasa, permite establecer coincidencias y divergencias con el presente estudio.

Las matronas entrevistadas destacan el inicio temprano de la maternidad en mujeres gitanas y su tendencia a tener un mayor número de hijos, coincidiendo con los hallazgos de García Martínez et al. (2017) sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres gitanas. Asimismo, estos resultados concuerdan con el estudio de Ferrer (2003), quien vincula la mayor paridad en esta población con una menor utilización de métodos anticonceptivos. En la misma línea, la investigación de Ascenso et al. (2018) sobre anticoncepción en mujeres gitanas señala que algunas entrevistadas consideran la maternidad como un valor central de su cultura, influyendo en su deseo de tener más hijos.

Las matronas de nuestro estudio valoran como contradictoria la asistencia a las consultas de las mujeres gitanas: suelen ir por cualquier motivo, pero no acuden a las citas programadas (Gil Estevan y Solano Ruiz, 2017) y cuando acuden requieren atención inmediata (Escobar-Ballesta et al, 2019). Por el contrario, las investigaciones de García Martínez et al (2017) y Martorell Poveda y Rodríguez Pola (2014) concluyen que las mujeres gitanas realizan los controles requeridos durante el embarazo, aunque muestran poco interés y concurrencia a los grupos de preparación del parto. Es necesaria la formación intercultural de los profesionales de la salud centrada en la superación de prejuicios y estereotipos, en el conocimiento y acercamiento a la cultura y valores gitanos, así como el desarrollo de habilidades para trabajar con una población cuya cultura se entiende como diferente (Plaza del Pino et al., 2022).

En cuanto al acompañamiento de las mujeres durante el parto, nuestros resultados resaltan la preferencia de otras mujeres y la existencia de una red de sostén en la que las mujeres adquieren un rol principal como orientadoras y guías de las primerizas. En sintonía, el estudio de García Martínez et al (2017) a mujeres gitanas, afirma la relevancia otorgada a las mujeres mayores como principales transmisoras de los saberes sobre la maternidad y los cuidados. Asimismo, nuestro estudio, refleja la importancia de la familia extensa en la cultura gitana, funcionando como una red de apoyo muy valorada (Haz Gómez et al., 2019; FOESSA, 2019), siendo las mujeres quienes tienen un rol primordial en acompañamiento durante el embarazo, parto y puerperio, espacio femenino donde se comparten inquietudes relacionadas con un momento vital complejo (Haz Gómez et al., 2019).

Es notable la generalización sobre ciertos comportamientos y características socioculturales, a partir de la cuales se construyen estereotipos que condicionan la percepción sobre las mujeres gitanas en el ámbito sanitario e inciden en la manera en que las profesionales interpretan sus prácticas y decisiones reproductivas, limitando la calidad del cuidado proporcionado. Nuestros resultados evidencian una generalización excesiva de la cultura gitana como elemento explicativo de cualquier conducta de las usuarias que se considere que hay que cambiar. Este aspecto es señalado por Arza-Porras & Rodríguez Camacho (2019) como una sobregeneralización cultural, alertando sobre el riesgo que enfrentan las profesionales al caer en lo que denominan “gitanopía”, una visión distorsionada de la realidad gitana, producto de los prejuicios existentes hacia esta población. Esta perspectiva errónea dificulta que el vínculo entre las usuarias y profesionales sea cercano, empático y humanizado, aspectos fundamentales que se logran cuando la atención se brinda desde una verdadera competencia intercultural.

Como advierten Gil Estevan y Solano Ruiz (2017), la persistencia de prejuicios en el sistema de salud contribuye a formas sutiles de racismo, que refuerzan desigualdades y dificultan el acceso a una atención respetuosa y culturalmente adecuada. Escobar-Ballesta et al. (2019) subrayan la importancia de que las profesionales de la salud adopten una actitud flexible para mejorar la atención ante poblaciones con cultura no hegemónicas, evitando prejuicios y promoviendo un enfoque más inclusivo y respetuoso de la diversidad cultural. En nuestro estudio se pone de manifiesto la dificultad de trabajar con una cultura diferente cuyos valores no son compartidos, la extrañeza cultural incide negativamente en la atención a mujeres gitanas, factor que se extiende a cualquier persona que posea una cultura diferente a la hegemónica. Como señalan Gil Estevan y Solano Ruiz (2015), la diversidad significa un desafío para el personal sanitario, lo que requiere el despliegue de estrategias de atención que, en ocasiones,

resultan insuficientes y señalan el miedo y la desconfianza de las enfermeras en el trabajo con mujeres gitanas. En el caso de las matronas de nuestro estudio, se sitúa el foco en las características de las mujeres sin cuestionar las propias intervenciones, miedos y limitaciones. Esto impide el desarrollo de prácticas de adaptación cultural, dando lugar a la imposición de aquello considerado como legítimo. En este sentido, es clave la creación de espacios de capacitación y sensibilización que contribuyan a la reducción de estereotipos y posicionamientos etnocentristas, factores esenciales para brindar una atención inclusiva, ajustada a las necesidades de la etnia gitana.

Limitaciones

Aunque hemos conseguido que nuestra muestra no sea homogénea, nuestros hallazgos no puedan ser generalizables a todo el colectivo de matronas, pero sí pueden aproximarnos a la visión que tienen de las mujeres gitanas gestantes. Consideramos que extender este estudio a la participación de matronas de fuera de Andalucía podría ofrecer una visión más extensa de nuestro objeto de estudio, algo que nos planteamos para próximas investigaciones.

5. Conclusiones

Este estudio evidencia la existencia de marcos teóricos que posicionan la interculturalidad como un paradigma transformador necesario en la atención sanitaria al pueblo gitano. A pesar del reconocimiento de la diversidad y la importancia de la inclusión, sigue siendo un desafío para el sistema sanitario intervenir con poblaciones culturalmente diversas sin incurrir en enfoques etnocéntricos.

El desconocimiento de la realidad social y cultural del pueblo gitano hace que las opiniones e interpretaciones de las conductas de las mujeres gitanas por parte de las matronas se basen en estereotipos y prejuicios que las estigmatizan y limitan la atención sanitaria que reciben. Es imprescindible la formación intercultural de los profesionales de la salud para vencer estas barreras en la relación con las mujeres gitanas.

En el modelo biomédico hegemónico se imponen prácticas y abordajes en torno al embarazo, parto y puerperio rígidos que no se adaptan ni respetan la cultura gitana y alejan a las mujeres y familias gitanas del sistema sanitario. Conocer y reconocer esta diversidad es el primer paso para adaptar las prácticas profesionales, integrando los saberes de otras culturas. Es la flexibilidad y apertura a las formas culturales de las mujeres gitanas la que contribuirá a una mayor adherencia a las consultas y una mejora en la atención sanitaria.

Pese a que se valora positivamente el papel de las mujeres de la familia en el apoyo y consejo de las usuarias gitanas, las matronas no integran esta ventaja cultural en el proceso de atención en el embarazo, parto y puerperio. La falta de reconocimiento cultural puede generar tensiones, distanciamiento y desconfianza entre gitanas y matronas.

Para garantizar el acceso a la salud y una atención de calidad a las mujeres gitanas es necesario cuestionar los estereotipos y prejuicios sociales y generar nuevas prácticas e intervenciones basadas en la interculturalidad que tengan en cuenta la realidad cultural y social del pueblo gitano.

Referencias

- Arza-Porras, J. y Rodríguez Camacho, M. F. (2019) Competencia intercultural profesional en la atención socio-sanitaria a la población gitana en España. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 26, 59-82. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2019.26.03>
- CEDRE. Consejo para la Eliminación de la Discriminación Racial o Étnica. (2020). *Percepción de la discriminación por origen racial o étnico por parte de sus potenciales víctimas en 2020*. Ministerio de Igualdad. Dirección General para la Igualdad de Trato y Diversidad Étnico Racial.
- Comisión Europea. (2020). *Comunicación conjunta al Parlamento Europeo y al Consejo, Plan de Acción de la UE para los Derechos Humanos y la Democracia 2020-2024*, JOIN. Comisión Europea. Bruselas.
- Escobar-Ballesta, M., García-Ramírez, M., Albar-Marín, M. J. y Paloma, V. (2019). Salud sexual y reproductiva en mujeres gitanas: el programa de planificación familiar del Polígono Sur. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 222-228. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.12.006>
- Fernández, A. y Fernández, C. (2024). La brecha laboral de la población gitana, con especial atención a la realidad específica de las mujeres gitanas. *Cuadernos del mercado de trabajo*. 11, 2-15.
- Ferrer, F. (2003). El estado de salud del pueblo gitano en España: Una revisión de la bibliografía. *Gaceta Sanitaria*, 17 (3), 02-08.

Fundación Secretariado Gitano (2008) *Mapa sobre vivienda y Comunidad Gitana en España, 2007*. Madrid. Fundación Secretariado Gitano.

Fundación Secretariado Gitano (2016) *Discriminación y comunidad gitana 2016. Informe anual FSG. Número especial sobre antigitanismo*. Madrid. Fundación Secretariado Gitano.

Fundación Secretariado Gitano (2016a) *Estudio-Mapa sobre vivienda y población gitana, 2015. Informe septiembre de 2016*. Madrid. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.

Fundación Secretariado Gitano (2018). Informe anual. Discriminación y Comunidad Gitana. Madrid: *Serie Cuadernos Técnicos* nº 124

FUNDACIÓN FOESSA (2018) *Exclusión estructural e integración social*. Madrid. Fundación FOESSA.

García Martínez, M. D., Jiménez Ruiz, I. y Almansa Martínez, P. (2018). Aproximación fenomenológica a la salud sexual y reproductiva en mujeres jóvenes de etnia gitana. *Index de Enfermería*, 27(3), 128-132.

Gil Estevan, M. D. y Solano Ruiz, M. C. (2017). Las enfermeras opinan: mujeres gitanas, lactancia materna y cuidados de enfermería en Atención Primaria. *Enfermería Comunitaria*. 13. <http://www.index-f.com/comunitaria/v13/e10468.php>

Gutiérrez Sastre, M. (Coord.). (2008). *Estilos de vida de la comunidad gitana: alimentación, actividad física y seguridad en la carretera y en el hogar*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Fundación Secretariado Gitano.

Hammersley, M. & Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Haz-Gomez, F. E., Ferrer, I. A., Pedreño, M. H., Romera, C. G., Sánchez, E. R. y Giménez, M. D. A. (2018). La investigación sobre comunidades gitanas en España en el contexto europeo: un análisis documental. *Revista De Estudios Socioeducativos*. 7, 117–136. <https://revistas.uca.es/index.php/ReSed/article/view/4682>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2014) *Metodología de la Investigación*. (6ta ed.) McGraw Hill Interamericana Editores.

<http://www.digitalrepositorio.com/files/original/97a5883a1d6106e6ac908afd7ea838d1.pdf>

- Hernández Pedreño, M., García Luque, O. y Gehrig, R. (2019). Situación social de la población gitana en España: balance tras la crisis. En G. Fernández 287 Maíllo (coord.) *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Documento de Trabajo* 3.12. Madrid: Fundación FOESSA. Recuperado de: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/86849/1/familia%20y%20poblaci%c3%b3n%20gitana%20guerrorromera.pdf>
- La Parra, D., Gil-González, D. y Jiménez, A. (2013) Los procesos de exclusión social y la salud del pueblo gitano en España. *Gaceta Sanitaria*. 27(5), 385-386. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.05.001>
- La Parra, D. y Jiménez González, C. N. (2016) *Sastipen Aj Rroma. Desigualdad en salud y comunidad gitana. Análisis y propuestas desde el ámbito sociosanitario*. Publicaciones de la Universitat d'Alacant. Alacant.
- Laparra, M. (2005) La Europa de los Gitanos: Identidad, participación y políticas sociales en la Europa ampliada y su incidencia en España. *Documentación Social, Revista de Estudios Sociales y sociología Aplicada*, nº137.
- Laparra, M. (2008) La comunidad gitana: el grupo étnico más excluido de la sociedad española. En M. Laparra y B. Pérez Eransus (coord.) *Exclusión social en España. Un espacio diverso y disperso en intensa transformación*, 405-423. Fundación FOESSA. Madrid.
- Leblon, B. (2017) *El Gran Fichero de los Gitanos de los Gitanos de España (siglos XV a XVIII). Historia de un genocidio programado*. Asociación de Enseñantes Gitanos. Madrid.
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, III (6), 5-8.
- López-Roldán, P. y Fachelli, S. (2015) *Metodología de la Investigación social cuantitativa*. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

- Martorell Poveda, M. A. y Rodríguez Pola, T. (2015). La fecundidad en las mujeres gitanas: creencias, valores y prácticas. *Index de Enfermería*, 24(4), 202-206. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300003>
- Miles, M.B. y Huberman, A. M. (1994) *Qualitative data analysis*. Beberly Hill, CA: Sage Publications.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012-2020 (2014) *Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018) *Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/comunidadGitana/encuestasNacionales/encuesta2014.htm>
- Plaza del Pino, F.J., Arrogante, O., Gallego-Gómez, J.I., Simonelli-Muñoz, A.J., Castro-Luna, G. y Jiménez-Rodríguez, D. (2022). Romani Women and Health: The Need for a Cultural-Safety Based Approach. *Healthcare*. 10, 271. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020271>
- Purnell L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3); 193-196. <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>
- Suárez Cadenas, M. M., y Plaza del Pino, F.J. (2018). Variabilidad en la vivencia del parto y su implicación en los cuidados de enfermería. *Cultura De Los Cuidados*, 22(50), 25-33. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.50.03>
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1996) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós. <https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/Introduccion-a-Los-Metodos-Cualitativos-de-Investigacion-Taylor-S-J-Bogdan-R.pdf>