



matronas hoy

TERCERA ETAPA. VOLUMEN 13 Nº 3 AÑO 2025

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

ISSN: 2340-0161



SUMARIO

Editorial

Originales

- La asistencia de las comadronas en el Renacimiento: las enseñanzas de Damián Carbón
- Cesárea humanizada: beneficios y satisfacción de las mujeres al alta hospitalaria
- Andrea Morales: la herencia canaria de la partería en el Río de la Plata colonial

Revisiones

Influencia de los factores epigenéticos en la gestación: consecuencias en la salud materno-fetal

Caso clínico

Enfermedad de Mondor y mastitis aguda en lactancia: un caso clínico inusual

Echando la vista atrás

Las matronas y el mítico Seat 600: cuestión de movilidad, independencia y reivindicación

Entrevista

Entrevista a Esperanza Agraz Patiño

Agenda

- Día Mundial de la Anticoncepción 2025
- Subcomisión de seguimiento del Plan Nacional de Sangre de Cordón Umbilical
- Acuerdo histórico AEM-FAME
- La estrategia de igualdad de género de la UE incluye a las matronas
- La AEM y la Fundación FAS



matronas hoy es una publicación que nació hace treinta años gracias al empeño de la Asociación Nacional de Matronas pero, por múltiples factores, el proyecto tuvo que ser sacrificado. En 2013, gracias al acuerdo firmado con Grupo Paradigma, y por mediación de su Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE), la revista vuelve a publicarse, con más fuerza si cabe, para que todas las matronas estén al tanto de las últimas novedades en su área de trabajo.

Es una revista científica especializada en aportar contenidos de cuidados de salud orientados a la mujer, a la familia y a la sociedad en general, lo que permite a las matronas y matrones estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en su campo de trabajo diario.

matronas hoy en su tercera etapa, es la publicación científica/divulgativa oficial de la Asociación Española de Matronas (AEM) que pretende facilitar la posibilidad de publicación de los numerosos trabajos que, en la actualidad, realizan las matronas, al tiempo que sea una herramienta de formación continuada para todo el colectivo. Estos trabajos se enmarcan desde todas las perspectivas de la salud sexual y reproductiva de la mujer y del recién nacido, sobre cuidados, gestión, docencia e investigación, así como lo relacionado con la profesión de matrona en su historia, presente y futuro.

La publicación incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en este área profesional como artículos originales, revisiones, editoriales, entrevistas, cartas a la directora, etc.

Dirección editorial, redacción y administración:
Difusión Avances de Enfermería (DAE)
Avda. de Manoteras, 20. Edificio Tokyo. 28050 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

Envío de artículos: matronashoy@grupo-paradigma.com
E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: dae@grupo-paradigma.com

Periodicidad: 3 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Persona física	38€	48€
Estudiantes	30€	35€
Institucional	50€	60€

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

Esta publicación está incluida en: **Cuidatge** **EBSCO**

Protección de datos: la Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEM
© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/pagina/normas-de-publicacion/>

ISSN: 2340-0161



matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa M^a Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

Comité editorial

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén
- Isabel Castelló López
- Carmen Molinero Fraguas
- Yolanda Espinosa de los Monteros

Comité científico

- Isabel Manzano Alonso
- Sofía Gotor Colas
- Pilar Medina Adán
- Leticia del Valle Falcón
- Andrea Herrero Reyes
- Maite del Hierro Gurruchaga



Sumario • Summary

Vol. 13 - nº 3 diciembre 2025-marzo 2026

Editorial

4

Originales

- La asistencia de las comadronas en el Renacimiento: las enseñanzas de Damián Carbón 6
 Teresa Sánchez Sánchez
- Cesárea humanizada: beneficios y satisfacción de las mujeres al alta hospitalaria 16
 Carmen Ramírez Cremades, Sonia Cortiles Bosch, María López Saludes, Javier Manrique Tejedor, Edurne Zazpe de Ciriza
- Andrea Morales: la herencia canaria de la partería en el Río de la Plata colonial 23
 Jorge Redes Castilla

Revisiones

- Influencia de los factores epigenéticos en la gestación: consecuencias en la salud materno-fetal 36
 Rocío González García, María Joana Carvalho Da Silva

Caso clínico

- Enfermedad de Mondor y mastitis aguda en lactancia: un caso clínico inusual 42
 Sheila Gandía-Serrano, Natividad Soto-Terceño, Mª Paz de Miguel-Ibáñez

Echando la vista atrás

- Las matronas y el mítico Seat 600: cuestión de movilidad, independencia y reivindicación 48
 Rosa Mª Plata Quintanilla

Entrevista

- Esperanza Agraz Patiño 53

Agenda

- Día Mundial de la Anticoncepción 60
- Subcomisión de seguimiento del Plan Nacional de Sangre de Cordón Umbilical 61
- Acuerdo histórico AEM-FAME 63
- La estrategia de igualdad de género de la UE incluye a las matronas 64
- La AEM y la fundación FAS 64

Editorial

Yo no sé tú, pero yo no soy una "acción"

¡Todavía me cuesta creerlo! Han pasado más de dos años desde la primera vez que escuché llamar *acciones* a las nuevas matronas que se incorporaban. Y cada vez que lo oigo, una parte de mí se rebela. La ira se abre paso empujada por el asco y la tristeza. No, yo no soy una acción; no, mis nuevas compañeras matronas no son acciones, son, somos, personas (profesionales sanitarios) que acompañamos a personas. ¿Cómo denominarán, según esta terminología, a las mujeres que atendemos en consultas en los grupos?

Movida por la curiosidad, y siendo yo una analfabeta digital, pregunté a la inteligencia artificial (IA) por qué nos denominan así. Me respondió que el término *acciones* se usa en un sentido técnico, dentro de los planes de recursos humanos, como medida administrativa. Un lenguaje neutral, aséptico, me contestó.

Mi estado anímico iba empeorando, así que reformulé la pregunta intencionadamente: ¿No es esta una estrategia para despersonalizar? Y sí, ya su respuesta me iba dando una coherencia que justificaba mi malestar: "El lenguaje no es inocente —me dijo—. Convertir a las personas en acciones o recursos es una forma de cosificarlas. Dejar de ver sujetos permite justificar la precariedad, los recortes y el desgaste como simples medidas organizativas". En definitiva, que el maltrato institucional se puede llevar a cabo sin ningún cargo de conciencia para esas otras "personas" que gestionan los servicios públicos.

Solo despersonalizando se puede obrar sin preocuparse de cuánto siente o padece otro ser humano, hasta ahora también se le llama *cosificar*. Pero llamarnos *acciones* va un punto más allá, porque *las cosas* ocupan un lugar, un espacio, y a lo peor, en algún momento estorban, te tropiezas con ellas. Por lo tanto, si pasamos a hablar de las personas como algo efímero, volátil, como es llamarnos *acciones*, el maltrato está asegurado, porque las personas "se esfuman", y con esa falta de conciencia de las consecuencias de mis actos, con toda impunidad, hago y deshago. ¡Jugada maestra!

Hannah Arendt nombró la **banalidad del mal**: cuando los actos más dañinos se envuelven en tecnicismos pierden su rostro humano. En nuestro caso, hablar de acciones en lugar de contrataciones, invisibiliza la dimensión humana del trabajo sanitario. Y esa invisibilización enferma.

Del lenguaje al riesgo psicosocial

Llamar *acciones* a las personas no es un error semántico: es un dispositivo de poder. Nos disuelve como sujetos

y nos convierte en engranajes intercambiables. Así nacen los riesgos psicosociales: sobrecarga crónica, inseguridad laboral, falta de reconocimiento, pérdida de participación y conflicto de valores. Y cuando estos estresores se cronifican, el cuerpo y la mente responden con enfermedad: estrés, ansiedad, insomnio, problemas cardiovasculares, desgaste moral, etc.

El lenguaje técnico también sirve para negar el daño. No se habla de "50 matronas agotadas o con depresión", sino de "acciones de reorganización". Así, el sufrimiento se vuelve invisible, y el sistema se retroalimenta: despersonaliza, enferma y, después, justifica más acciones que perpetúan el maltrato estructural.

Resistir desde lo humano

En este momento mis sentimientos estaban muy encontrados, pues si bien me alegraba de haber descubierto "el mecanismo", la impotencia me desesperaba e interrogué nuevamente a la insensible IA si esto podíamos combatirlo de alguna manera. Su respuesta fue un decálogo, resumiéndolo viene a decir que resistir empieza por **recuperar el lenguaje**. Nombrar las cosas por su nombre. No aceptar sin crítica términos como *recursos humanos* u *optimización de efectivos*. En cada informe, en cada reunión, hablar de personas, profesionales, compañeras. El lenguaje es un acto de resistencia.

La segunda defensa es el **apoyo colectivo**. No aislarse. Compartir lo que duele con quienes viven lo mismo. El malestar expresado deja de ser un fallo individual y se convierte en un síntoma compartido.

También está el **cuidado propio**, entendido como responsabilidad ética. Reconocer que el riesgo psicosocial es tan real como cualquier otro riesgo laboral. Decir *hasta aquí* sin culpa, porque cuidar exige cuidarse.

Y, por último, la **acción social** y política: denunciar, visibilizar, transformar la indignación en acción. Contar lo que ocurre para que la sociedad entienda que detrás de cada acción hay una vida, una vocación y la salud de una persona que cuida a personas.

A veces me pregunto si, con todo esto, lograré proteger mi salud o ya está todo perdido, y andar en retirada es lo más prudente a mi edad. ¿Y tú, compañera, que inicias tu vida laboral, o solo has recorrido una parte de este camino, estás dispuestas a completar tu carrera sufriendo con sumi-

sión el maltrato institucional que nos aliena? Seguro que ni unas ni otras queremos esto, así que tengamos presente y pongamos en uso este decálogo de supervivencia en la vida profesional. Rebelarnos contra la despersonalización, la cosificación institucional no solo es lícito, sino necesario para vivir nuestra condición humana de profesionales de la salud que quieren su trabajo, disfrutan de su trabajo y viven de su trabajo destinado a personas.

Decálogo de supervivencia en la vida profesional

1. **Nombrar la realidad.** Habla de personas y profesionales, no de recursos ni acciones.
2. **Reconocer el riesgo psicosocial.** Es un riesgo laboral, no un fallo individual.
3. **Visibilizar lo invisible.** Documenta y comparte sobrecargas y precariedad.
4. **Tejer redes de apoyo.** Compañeros/as, sindicatos, asociaciones, ciudadanía.
5. **Cuidar el cuerpo y la mente.** Descanso, desconexión y espacios de expresión.
6. **Marcar límites saludables.** Decir “no” cuando peligras tu salud o la calidad asistencial.
7. **Usar los cauces formales.** Evaluaciones de riesgos psicosociales, comités e Inspección.
8. **Practicar la reflexión compartida.** Grupos Balint y supervisiones clínicas.
9. **Defender la vocación sin sacrificar la salud.** Cuidar exige cuidarse: ética del límite y dignidad profesional.
10. **Transformar la indignación en acción.** De la queja a la propuesta: comunicar, organizar, movilizar y exigir políticas dignas.

Esperanza Agraz Patiño
Matrona

La asistencia de las comadronas en el Renacimiento: las enseñanzas de Damián Carbón

Teresa Sánchez Sánchez

Doctora en Psicología. Profesora titular de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca. España.

E-mail: tsancheza@upsa.es y tsancheza1960@gmail.com

Fecha de recepción: 24 de septiembre de 2025.

Fecha de aceptación: 10 de noviembre de 2025.

Cómo citar este artículo:

Sánchez Sánchez T. La asistencia de las comadronas en el Renacimiento: las enseñanzas de Damián Carbón. *Matronas Hoy* 2025; 13(3):6-15.

Resumen

Introducción: se toma de referencia el texto del siglo XVI de Damián Carbón, *Libro del arte de las comadres*, acerca del oficio de la matrona durante la gestación, el parto y el puerperio en el Renacimiento y, consecuentemente, del conocimiento obstétrico de la época.

Objetivos: datar y contextualizar un antecedente de la tocoginecología en España. Poner de relieve el perfil profesionalizado de las comadronas de la época. Destacar las funciones empíricas que se atribuían a las comadres (matronas).

Método: exégesis del texto original con el método hermenéutico. Interpretación de la intención pedagógica del autor y la perspectiva psicohistórica desde el punto de vista de la autora de este trabajo.

Discusión y conclusiones: la importancia de esta obra radica en ser la primera tocoginecológica conocida en España con el texto más temprano de toda la literatura monográfica española renacentista de tema pediátrico. Damián Carbón fue un clínico, vanguardista y su saber, empírico y pragmático. Carbón fue pionero en pautar una norma humanista en el abordaje de las afecciones humanas. Se constata el oficio de la partería como necesario socialmente y desempeñado en exclusiva por mujeres (comadres, parteras, madrinas, comadronas), cuyo nivel de instrucción debía elevarse, a pesar de su perfil profesionalizado. La corriente por divulgar conocimientos obstétricos y ginecológicos del siglo XVI fue comandada por médicos con escasos y arcaicos conocimientos en la materia, aún así afirmaron el poder de su conocimiento y género sobre las comadres (matronas).

Palabras clave: embarazo; comadres; comadronas; matronas; parto; puerperio; Renacimiento; Damián Carbón.

Abstract

Assistance by midwives in the Renaissance: the lessons of Damián Carbón

Introduction: the 16th century text by Damián Carbón, "Libro del arte de las comadres" ("The Book of the Art of Midwives"), is taken as a reference about the task of the midwife during pregnancy, childbirth and the postpartum period in the Renaissance and, consequently, about the obstetric knowledge at that time.

Objectives: to date and contextualize a precursor of Obstetrics and Gynaecology in Spain. To highlight the professionalised profile of midwives at the time. To emphasize the empirical functions attributed to midwives.

Method: an exegesis of the original text using the hermeneutic method. Interpretation of the educational purpose by the author, and the psycho-historical perspective from the point of view of the authoress of this article.

Discussion and Conclusions: this book is important because it is the first text on Obstetrics and Gynaecology known in Spain, with the earliest text of all Spanish monographic literature on a Pediatric matter during the Renaissance. Damián Carbón was an avant-garde clinician, and his knowledge was empirical and pragmatic. Carbón was a pioneer in terms of establishing a humanist standard for approaching medical conditions in humans. The profession of midwifery was confirmed as socially necessary, and exclusively performed by women ("comadres", midwives, godmothers, "comadronas"), who needed a higher level of training regardless of their professionalised profile. The trend for disseminating obstetric and gynaecological knowledge in the 16th century was led by physicians with limited and archaic knowledge of the matter; even so, they asserted the power of their knowledge and gender over midwives.

Key words: pregnancy; "comadres"; "comadronas"; midwives; childbirth; postpartum; Renaissance; Damián Carbón.

Introducción

El texto del siglo XVI *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de preñadas o paridas y de los niños*, del médico balear Damián Carbón, acerca al oficio de la matrona durante la gestación, el parto y el puerperio.

El libro constituye una radiografía de la partería en el Renacimiento, anterior a la moderna anatomía introducida poco después por Vesalio y a la fisiología y la genética ulteriores. La obra de Carbón compendia y termina una extensa etapa marcada por la medicina galénica e hipocrática y la influencia árabe, al tiempo que anticipa la investigación y el tratamiento idiográfico de la enfermedad característicos del humanismo.

Contexto histórico-cultural de la obra

Se conocen pocas cosas ciertas de Damián Carbón Malferit, salvo la publicación en Mallorca, en 1541, de una obra titulada *Libro del arte de las comadres, o madrinas, y del regimiento de las preñadas y paridas, y de los niños*, a través de la revisión y el cotejo de dos ediciones facsimilares disponibles [1, 2]. La obra es una monografía compuesta antes de 1528, aunque fuera publicada 13 años más tarde.

Se trata de una obra, la primera tocoginecológica conocida en España y una de las primeras en Europa, tras la de Eucharis Roesslin (1513), que además incluye el texto más temprano de toda la literatura monográfica española renacentista de tema pediátrico. Esta obra alcanzó difusión, aunque no sería entre las comadres y mujeres a quienes parecía iba destinado, ya que, como el resto de población y sobre todo las mujeres, eran mayormente analfabetas; más bien se difundiría entre hombres cultos, médicos, cirujanos, integrantes del escaso porcentaje de españoles alfabetizados en la época.

Se desconoce si la obra originalmente fue manuscrita en castellano antiguo o en catalán, pero la supuesta edición prínceps se encuentra en Zaragoza [3].

Si entre 1480 y 1541 se publicaron en Salamanca, sede de una de las emblemáticas y primeras facultades de Medicina de España, tan solo 10 libros de Medicina, ¿cuántos podrían publicarse en Mallorca? Cada obra constituía un hito cultural, un trabajo pionero y compendiador que jalonaba un paso en la secularización y recopilación del conocimiento [4].

El reguero de obras de temática y estilo similares que se produjo a lo largo del Quinientos (siglo XVI –1500–1599–), época crucial del apogeo imperial, apunta que:

Constituye uno de los resultados indirectos del interés suscitado por los temas embriológicos, entre los maestros de la Universidad de Bolonia, durante los siglos XIII y XIV. Fueron estimados como uno de los terrenos más adecua-

dos para profundizar en la conciliación de las discrepancias entre la tradición aristotélica y la galénica [5].

Objetivos

- Datar y contextualizar un antecedente de la tocoginecología en España, como es la obra de Damián Carbón.
- Poner de relieve el perfil profesionalizado de las comadronas que tenía ya en el Renacimiento un valor virtuoso y sanitario.
- Destacar las funciones empíricas que se atribuían a las matronas, cercanas a las pacientes, interlocutoras confidentes de las mujeres.
- Observar de cerca la idiosincrasia de un trabajo híbrido de las matronas: empapado del saber científico médico de la época, pero penetrando y aplicando a las necesidades cotidianas de salud y bienestar de las mujeres.

Metodología

- Exégesis del texto original (a través de un facsímil no corregido ni actualizado [1] y cotejado con un segundo [2]), aplicando como herramienta el método hermenéutico: yendo del todo a las partes y viceversa.
- A la vez se interpreta la intención pedagógica del autor y la perspectiva psichistórica del intérprete, la autora de este trabajo (Imagen 1).

Damián Carbón: orígenes, formación y su obra

Damián Carbón y Malferit, firma su obra como Damián Carbón, lo que refleja la situación sociolingüística de la época: catalán, lengua corriente de uso, frente a la implantación del castellano en los ámbitos cultos y oficiales. Esta misma circunstancia apoya la duda apuntada con anterioridad de si la obra en su inicio fue escrita en catalán o en castellano como se conoce, aunque presumiblemente lo fuera en castellano por lo expuesto, y además, para favorecer que su difusión fuera más allá del exiguo terreno mallorquín, extendiéndose por todo el territorio nacional.

Algunos autores hacen a Carbón, nacido en fecha sin determinar a finales del siglo XV, natural de Palma de Mallorca, mientras que otros opinan que es oriundo de Campos (municipio y localidad rural del sur de Mallorca en la comarca de Migjorn) como su padre, nativo de esa localidad. Esto último parece más plausible, ya que Mallorca, su apellido, durante la Edad Media y Renacimiento, está localizado principalmente en dicha localidad. Se cree que fue hijo del cirujano Andreu Carbón, cirujano, y de Arcenda Malferit [5].

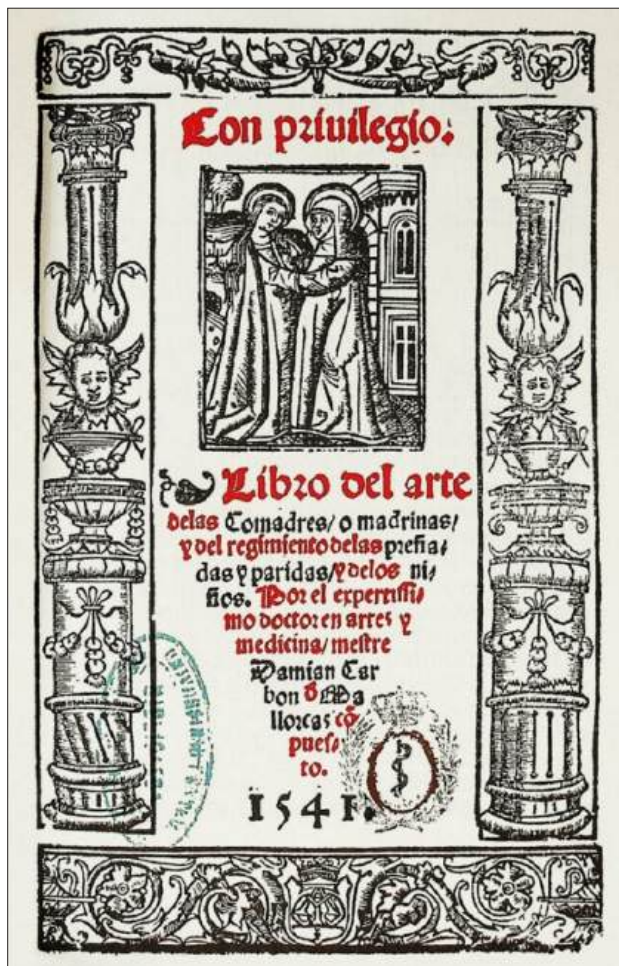


Imagen 1. Portada original de la obra de Carbón, depositada en la Biblioteca Histórica de la Universidad Complutense con texto en tinta roja y negra, marco xilográfico e ilustración que representa el encuentro de la Virgen María y su prima Santa Isabel [6]

En su vida Carbón fue conocido también como poeta, especialmente por el poema que dedicó a Carlos V, en honor a su visita a Mallorca [7].

Su carrera profesional constituye un ejemplo de ascenso intelectual y social. Mientras que en 1509 es calificado de cirujano, en 1519 había obtenido ya el grado de *batxiller en medicina* y aunque en 1520 aún ejercía la cirugía, como *mestre de botiga*, la más alta cualificación del gremio quirúrgico, no fue hasta 1524 cuando obtuvo el título de *licenciat en arts i medicina*.

El 20 de noviembre de 1528 finalizó la primera parte de su obra *Libro del arte de las comadres y madrinas...* y el 28 de ese mismo mes y año efectuó su examen para el grado de doctor en Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia. Su "promotor" o padrino fue otro médico mallorquín, Pere d'Olesa, por entonces docente en dicha facultad.

Carbón ejerció tareas de prevención sanitaria desde 1522, pero hasta 1530 no fue nombrado médico de la Morberia de Mallorca, Junta de Sanidad, cargo que ostentó hasta 1541 [5], y desde la que hizo una gran campaña sanitaria en favor de la mujer abandonada y de los niños expósitos. [8]

Su designación como médico de esta prestigiosa e importante institución representa el reconocimiento de su capacidad personal y de su cualificación profesional, constituyendo la culminación de su carrera médica [5].

Su saber está fuertemente impregnado de la formación y atavismos astrológicos, propios de la mentalidad mágica reinante durante el Renacimiento, que atribuía a las estrellas la virtud de revelar los designios del cuerpo humano. La implantación de la anatomía como asignatura del currículum médico no se hizo realidad hasta 1550:

"... para que los médicos pudiesen entender mejor las enfermedades de cada enfermo, el médico debía elucubrar y deducir en relación con las peculiaridades propias de su particular estrella. Tomar el pulso, examinar lengua y orina y administrar purgas y sangrías, empleando algún latinajo, parecía toda su ciencia" [9].

Sorprende que Carbón se autotitule *expertísimo doctor*, como figura en la portada, cuando es casi un neófito en la medicina: es preciso recordar que no obtuvo el grado de *batxiller en medicina* hasta 1519 y continuó ejerciendo la cirugía. Cuatro años antes de la edición de la obra, en 1524, obtuvo el título de *licenciat en arts i medicina*. Además, hay que tener en cuenta que los conocimientos obstétricos y ginecológicos no se incluyeron en la carrera médica hasta la cédula de 21 de julio de Fernando VI en 1750 [10]; la que, por ende, determinó el inicio legal del ejercicio de los parteros, siguiendo la tendencia que se instauró en Europa, empezando por Francia, de introducir varones (cirujanos menores) en el ámbito de la atención tocológica, desde tiempos inmemoriales, práctica exclusivamente femenina.

Por tanto, es comprensible que la mayor parte de los conocimientos sobre los procesos de gestación y parto contenidos en este libro no son propios, como refleja la cantidad de referencias que incluye de otros autores antiguos. Tampoco estos últimos practicaron el arte del parto, pues solo eran llamados por las parteras (a los cirujanos, nunca a los médicos), para practicar una obstetricia destructiva, cuando ellas estimaban la imposibilidad de que el parto se produjera de forma natural. Sin embargo, a partir del Renacimiento, y con la introducción de la imprenta, estos médicos y cirujanos no versados en el arte del parto osaron dogmatizar sobre las enseñanzas del Arte de Partear; a la vez, intentaron "moralizar" a las mujeres practicantes, que,

aunque de forma no reglada, sí atesoraban conocimientos sobre los procesos fisiológicos de gestación, parto y puerperio. Prueba de esto es la misoginia y la infravaloración femenina y la hegemonía patriarcal.

Por otra parte, el texto de Damián Carbón es previo a la difusión y fecundidad de las ideas iatroquímicas de Paracelso, todavía pertenece a la órbita de la teoría humoral del cuerpo y del espíritu. Hipócrates, Galeno y Avicena eran las fuentes documentales, los referentes dogmatizados e indiscutibles pilares de la autoridad médica. Carbón fue un marginal respecto a las brillantes aportaciones de los humanistas médicos de la época, como por ejemplo Vesalio, Servet y Cardano, y no pudo ser testigo de esa revolución copernicana hacia dentro en el conocimiento de las propias entrañas que supuso el advenimiento de la Anatomía y la Fisiología [11].

De ahí que la ciencia de los médicos tuviera tan escaso valor científico para la posteridad, como fue sobresaliente su eficacia curativa y práctica. A su manera, Damián Carbón fue un experimentalista, pues siendo su observación sistemática y su intuición los únicos instrumentos de conocimiento de los que podía valerse, osaba proponer fármacos nuevos y combinaciones naturales de productos no probados con anterioridad. Una llamativa particularidad de la medicina renacentista es su deseo de hacerse entender por el pueblo y la relación dialógica que se establece entre consultante y médico, afín a la que se produce entre discípulo y maestro. Esta horizontalidad, sensata como criterio pedagógico, tiene algo de mayéutica, pero sobre todo reporta beneficios y agiliza el acto médico, pues convierte al enfermo en cómplice y colaborador de la propia tarea curativa.

La dieta, el drenaje de los humores corporales malignos, los temperamentos naturales y la complexión corporal eran los elementos del *ars combinatoria* que todo médico debía saber manejar, no sin aderezar su docta ignorancia con el auxilio que le prestaran disciplinas vecinas e indispensables como la magia alquímica y la astrología (Imagen 2):

"El médico es alguien a quien no todos pueden ni quieren recurrir, dado que el curanderismo es práctica tan general que no escapan a ella ni los eclesiásticos, ni los nobles, ni la propia Corona. Quizá por ello, al médico suele llamársele en última instancia, y no solo tiene fama de curar poco, sino de cobrar mucho. Su función en la corte de los grandes no es solo la de médico, sino la de astrólogo, condición esta última, por la que son en ocasiones más consultados que por la propia práctica de la Medicina..." [12].

Parteras asistiendo un parto mientras los astrólogos consultan cartas celestes; grabado en relieve de la obra *De conceptu et generatione hominis* (1554; *La partera experta*) de Jakob Rueff. En el grabado se observa la influencia de la astrología en la época.



Imagen 2. Parteras asistiendo un parto mientras los astrólogos consultan cartas celestes; grabado en relieve de la obra *De conceptu et generatione hominis* (1554; *La partera experta*) de Jakob Rueff. Véase la influencia de la astrología en la época. Biblioteca Nacional de Medicina, Bethesda, Maryland

Damián Carbón se sitúa en la encrucijada de la tradición y de la modernidad. En su obra se observa la curiosa coincidencia de atavismos a punto de extinguirse en la revolución renacentista y de vanguardismos experimentales que preconizan la muy ilustrada idea de que no existen enfermedades sino enfermos y, por tanto, cada remedio debe ajustarse a la causa singular de la enfermedad como la llave a la cerradura. Damián Carbón es un buen exponente del cambio introducido en las ciencias a lo largo del siglo XVI: el quehacer de cada profesional es resolver el problema planteado ante él con todos los recursos que la tradición le brinde, pero si esta resultara insuficiente o falsa, será el audaz investigador que abandone las fórmulas inservibles y proponga fórmulas innovadoras que, empíricamente, tejerán el nuevo entramado de hipótesis. La sed de utilidad práctica es el estandarte de la medicina renacentista, de ahí que resulte más valorada la orfebrería intuitiva e idiográfica del médico general que la radicalidad artesana y extirpadora del cirujano:

"La revolución científica constituye precisamente un proceso histórico del que emerge la ciencia experimental, es decir, una nueva forma de saber distinta del saber religioso, del metafísico, del astrológico y mágico, y también del técnico y arte-

sanal... Se trata de un saber nuevo que, uniendo teoría y práctica, sirve por una parte para poner en contacto las teorías con la realidad, volviéndolas públicas, controlables, progresivas y participativas" [13].

Funciones de las comadres o matronas

El estatuto profesional de las matronas ha evolucionado parejo a lo que hoy se definiría como sororidad, pero hasta hace poco no gozó de una condición autónoma, aunque se les reconociera un lugar de ayuda y asistencia doméstica imprescindible en el cuidado de la salud femenina. En algunas épocas de la historia se exigía que la comadrona fuera libre (no sometida a esclavitud), para que pudieran requerirse sus servicios sin pagar arancel a otro amo, así como debía ser madre para aportar su propia experiencia en el proceso del parto de otras mujeres [14]. Se admitía tácitamente que también instruyeran a otras mujeres sobre la sexualidad, el goce femenino y las partes de su anatomía para poder hacer uso de ellas en su adultez. El nexo de estas mujeres con los médicos, por una parte, varones todos ellos, y con los moralistas y sacerdotes, por otra, sitúa a las comadronas como ejecutoras prácticas del cuidado cercano a las mujeres en sus trances de salud, garantizando el respeto a la vigilante inspección de la ordenación matrimonial y su fin reproductivo *natural* [15].

Bien es cierto que, después del Renacimiento, las parteras o mujeres sabias consumaron la dualidad de la mujer sabia-honesta y la mujer sabia-bruja. La limitación progresiva del acceso de la mujer al saber contribuye igualmente a constituir esa figura de una comadrona bruja de conocimientos limitados y mágico-empíricos: 30.000 perecieron en tres siglos, perseguidas por diabólicas.

La figura de la partera fue denominada *obstetrix* en latín y derivó en otros nombres en castellano como partera, comadre, comadrona o matrona. Carbón en este libro explica al respecto: "*Y esta comúnmente (refiriéndose a la comadre) en lengua castellana es llamada comadre o partera, en lengua catalana se dize madrina, en latin es llamada obstetrix*" [1, 2, 6].

La polifonía de términos trajo consigo la diversidad de connotaciones, unas más benignas que otras: a la *obstetrix* o partera se le suponían conocimientos médicos, mientras que a las comadronas o madrinas no se les suponía más que un arte práctico y artesanal para ayudar en circunstancias de embarazo, parto y puerperio. La dualidad de funciones (atención global a las necesidades femeninas para las primeras y atención exclusivamente funcional para las segundas) poseía connotaciones morales. Las obstetrices también entendían de la sexualidad y el placer de las mujeres, mientras que las comadres tan solo faci-

taban la función reproductora. Dichas parteras purgaron su mayor sabiduría con fama de deshonestas y rijosas, las matronas en cambio conservaron reputación de decentes e íntegras.

El término *matrona* fue el resultado de acentuar las cualidades morales de esas mujeres en detrimento de sus competencias médicas, y esas voces reflejaron al tiempo cómo las estereotiparon [16].

Durante la Edad Media, las matronas habían tenido además otro papel: certificar la integridad del cuerpo femenino y la capacidad o no para la consumación del matrimonio. Para evitar que el peritaje aparentara un libertinaje libidinoso, las matronas debían ser sabias y cuidadosas, ya que auditaban el trabajo de las obstetrices. Fue la Iglesia la que dignificó el oficio de comadrona y se convirtieron en las principales aliadas de los médicos en las funciones de la vida femenina y de los canonistas en la determinación de las enfermedades que obstaculizaran la consumación del vínculo matrimonial [16].

"Después (el Papa Honorio II) recordó las sospechas de los errores diagnósticos de las obstetrices y, aunque las calificó con un término claramente ligado a la medicina, también dudó del juicio de estas mujeres. Finalmente, aclaró que quienes debían realizar el examen era un grupo de matronas que debían ser decentes, inteligentes y cuidadosas, unas cualidades que la versión castellana tradujo como honestas y sabias. Esto es, el término matrona solo apareció cuando los atributos morales de las mujeres que inspeccionaban el cuerpo femenino eran determinantes, porque la sentencia eclesiástica se basaba en su palabra" [17].

Las respetuosas enseñanzas a las comadres o madrinas del Dr. Carbón

El propósito que guía el libro es instruir a las madres y comadronas sobre los cuidados necesarios para la prosperidad de la gestación y del parto, aunque como ya se ha apuntado al inicio, difícilmente ellas fueran las receptoras de esta obra, dado el nivel de analfabetismo generalizado de la población y masivamente entre el género femenino.

La *obstetricia* se consideraba un arte mecánica por requerir el uso de las manos.

Resulta curioso que los médicos se atribuyeran la potestad de determinar al "ministro" encargado del parto, (la mujer) como dice Carbón: "*por honestidad dexar estas cosas en poder de la mujer*", jamás menciona esta atribución por sus conocimientos prácticos justificando exclusivamente la asistencia en manos de mujeres para salvaguardar la honestidad de las parturientas. Contradicción aparente de

la idea de que los médicos practicaran e instruyeran en el arte del parto, la expone a renglón seguido Carbón al explicar la necesidad del médico: "cuando natura enferma para entender las causas y la cura dellas" descartando que estos practicaran operaciones manuales porque "el médico o doctor no lo puede hacer por ser cosas feas" y el parto se incluía en esta consideración [1, 2, 6].

El autor, desde su estatus androcéntrico, socialmente concebido y naturalizado como dominante, plasma en la determinación de las cualidades de la partera la subordinación social, moral, conceptual de la mujer (comadre) cuyo oficio debiera ser complementario, pero autónomo del suyo, en la asistencia médica. Afirma que la comadre o matrona precisa tener tres cualidades: la experiencia, el ingenio y la moderación (prudencia). Lo primero para afrontar la gran diversidad de situaciones difíciles, lo segundo para encontrar remedio a las necesidades y lo tercero para que la buena cara refleje las buenas costumbres.

La descripción de las cualidades requeridas a las parteras ya se difundió desde la antigüedad. Sorano de Éfeso en el siglo II d.C. (más tarde Moschion), a través de sus escritos obstétricos y ginecológicos, trabajos que se convirtieron en una referencia importante para el desarrollo de la Obstetricia a lo largo de los siglos, fueron fuente para todos los autores posteriores. Sorano en su libro *Mulieribus affectionibus* dedica dos capítulos, probablemente es el autor que lo hace en mayor extensión, a las condiciones requeridas a las parteras haciendo hincapié en la formación intelectual de estas, una verdadera entelequia para el conjunto femenino:

"Quae optima sit obstetrix ¿Quién es apta para ser partera?: este es un comentario útil, para no malgastar aceite y esfuerzo enseñando constantemente incluso a las menos aptas. Es apta quien sabe leer, es hábil, tiene buena memoria, ama el trabajo, es modesta y no tiene impedimentos en la percepción de los sentidos, tiene extremidades sanas, es fuerte o, como dicen algunos, tiene dedos y uñas largos y delgados con las puntas de los dedos hacia atrás. Debe saber leer, para que también pueda adquirir arte de la teoría; debe ser hábil, para que pueda seguir fácilmente lo que se dice y se hace; tiene una memoria grande, para que también pueda aferrarse firmemente a los preceptos que se le dan, pues el entrenamiento se produce a través de la memoria y el entendimiento; ama el trabajo, para que persevere en las cosas que suceden, pues necesita una resistencia varonil en el trabajo si quiere aprender tal disciplina; debe ser modesta, porque es probable que los asuntos íntimos de su hogar y su vida le sean confiados y porque una mujer de moral corrupta prepara el camino para que las malas artes parezcan estar imbuidas de entrenamiento

médico, pero no impedidas en sus sentidos, porque debe ver algunas cosas, oír otras por las respuestas, percibir otras por el tacto; con miembros sanos, de modo que no se vea impedida en el manejo de sus obras; fuerte, porque a causa de la fatiga asume una doble carga al andar, pero debe tener dedos largos y delgados, y uñas retraídas, de modo que puede tocar ligeramente una inflamación profunda sin causar ofensa; lo que, sin embargo, también tiene éxito en ella por el mismo hecho de que está más diligentemente ocupada y ejercitada en sus obras."

El segundo capítulo, *Quae optima sit obstetrix*, quien es la partera excelente, detalla.

"Es necesario describir las cualidades que definen a la mejor partera, tanto para que las más excelentes se conozcan a sí mismas, como para que las novatas las consideren como ejemplos, y la gente común, cuando necesite ayuda, sepa a quién recurrir. En resumen, por lo tanto, consideramos perfecta solo a quien ha alcanzado la plenitud del arte médico; pero la mejor es aquella que, además de la excelencia en los teoremas, ha adquirido diversos tipos de práctica en las obras mismas. Más específicamente, consideramos mejor a la partera que está capacitada en todos los aspectos de la terapia (pues algunos deben tratarse con dieta, otros con las manos, otros con medicamentos), y que, siendo así, sabe dar los preceptos necesarios, discernir lo general y lo especial, y extrae de ellos lo útil, sin desviarse de las causas ni de la observación frecuente de lo general, sino que las sigue continuamente con un intelecto que las distingue claramente. Que no se vea particularmente afectada por la angustia mental en los cambios de síntomas, sino que los alivie según se presenten según la causa de la afección; que no se perturbe ante los peligros; que pueda dar razones adecuadas para la ayuda; que ofrezca consuelo a quienes están de parto; que se apiade de ellos; ni tampoco exija absolutamente que, como algunos desean, haya dado a luz previamente, para que la experiencia de los dolores pueda conmovir a quienes están de parto; pues tendrá más compasión que quien ha experimentado el parto, a quien esto no le ha sucedido. Debe ser fuerte, sin duda, por la ayuda que debe soportar; y en absoluto una mujer joven, como dicen algunos, pues una mujer joven puede ser débil y dejar de ser fuerte. Debe ser templada y siempre sobria, porque es incierto cuándo será llamada a ayudar a quienes están en peligro. Debe estar libre del afán de lucro, no sea que, por la recompensa, proporcione un remedio perverso al retrasar el parto. Que no sea supersticiosa, no sea que por un

sueño, palabras ominosas, un misterio habitual o una ceremonia supersticiosa, relacionadas con la obstetricia, descuide lo útil. También debe cuidar que sus manos estén suaves, evitando hilar, que suele endurecerlas, y además, procurando el uso de ungüentos suaves, a menos que la naturaleza se lo haya dado. Así debería ser una excelente partera. Pero cuando nos dispongamos a abordar las cuestiones de salud que afectan a las mujeres, será necesario primero explicar la naturaleza de las partes femeninas, que en parte se comprende de inmediato y en parte se obtiene de la anatomía; lo cual, aunque inútil, dado que se recibe para el estudio de las cosas buenas, también enseñaremos lo que se ha aprendido de esta disciplina pues será más fácil que nos crean cuando afirmamos que la anatomía es superflua si primero nos convence su conocimiento. Tampoco despertaremos sospechas despreciando algo que se considera útil debido a nuestra ignorancia" [17].

Conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio

En el Libro I, dedicado a desarrollar la "forma de la empareñación, el embarazo mismo y el regimiento de preñadas y paridas" y tras meticulosas recomendaciones para proceder en el parto, se atreve a introducir sus avisos para amas de cría. Aporta algunos consejos para que los padres seleccionen a las buenas comadres según sus dones y sabiduría. Advierte que una buena comadre:

"no sea fantástica: no sea riñosa: sea gozosa: sea alegre porque con sus palabras alegre la que pare. Sea honrada: sea casta para dar buenos consejos y ejemplos/mire que tiene honestissima arte. Sea secreta que es la parte más esencial. Quantas cosas les vienen en manos que no se han de comunicar por la vergüenza y daño que se seguiría. Tenga las manos delgadas y mire las carnes que tiene que tratar. Sea ligera en el tacto. Mire que no haga lision en las partes delicadas" (fol. XIII).

A lo largo de 30 capítulos alecciona a las matronas sobre su tarea, definida como "Adjutorio artificial por (para suplir y ayudar en lo que la natura falta como cosas casuales y fortuitas que acaescen en el tiempo de la preñez: y en el tiempo del parir" (Prefacio, 4).

Para ejercer bien su oficio deben conocer las incidencias de la concepción (ayuntamiento carnal), de la generación (unión de las simientes) y de la preñez, tanto de las cuestiones anatómicas como de las funcionales y de las posibles patologías que se den de partida o que sobrevengan en su desarrollo. Las comadronas poseen un papel de con-

fidentes de las señoras y, por ello, deben asesorar sobre la manera correcta de la cópula, la conducta idónea con el esposo y los sucesos que transcurren en el interior de sus cuerpos durante el embarazo.

Se intercalan todas las supersticiones y creencias pseudocientíficas de la época, pero se atisba un esfuerzo por determinar los tiempos en que ocurren los procesos. Así, por ejemplo, Carbón desarrolla su teoría de la formación inicial de tres vejigas en las que se instalan los espíritus esenciales: el espíritu vital (corazón), el espíritu animal (cerebro) y la virtud natural (hígado). En los seis primeros días está formado el ser y durante los siguientes treinta días, si es breve, o cuarenta y cinco, si es largo, se hinchan los miembros, concluyendo antes si es niño y después si es niña. Solo al terminar este periodo comienza la verdadera preñez, pues se forma el panículo (placenta), del que la criatura recibirá el alimento, determinando que sea un buen o un mal embarazo.

Algunos de los supuestos bizarros de Carbón son creer que el feto micciona a través del sudor o que es posible que se produzca embarazo sin participación de varón, lo que siempre acarreará monstruosidades.

Carbón alecciona a las comadres sobre las señales que distinguen la preñez, dando por hecho que incluso la experiencia del varón es distinta cuando deposita su simiente si va a ser varón o hembra el resultado (vide cap. 7). Todas las eventualidades de la mujer embarazada son estudiadas con cierto detalle, aportando a la comadre signos empíricos para que pueda prevenirlas, reconocerlas y paliarlas mediante remedios medicinales.

Dedica gran atención médica a los abortos, algo que se entiende más aun por la dedicatoria del libro al caballero por cuyo encargo escribe esta obra y cuya esposa "bien compulsionada, templada en su ejercicio, alegre, honesta en su vivir, tres o quatro vezes al tiempo de los seis meses ha malparido un hijo muerto"; describe sus causas, así como a las emociones que pueden acarrearlos, encomendando a las comadres diligencia para avisar a las preñadas que eviten la ira o la tristeza:

"... la muger colerica, riñosa, dispone la matrix a la relaxacion y a no concebir: y a la que concebio a mal parir. La tristeza y malenconia a athenuacion y flaqueza de todo el cuerpo (fol. XCIII v)."

Las normas de conducta doméstica y pública que deben regir a las preñadas quedan fuera del alcance de las matronas, pero han de conocer las recomendaciones y prohibiciones para que hagan uso del consejo a las mujeres gestantes.

Luján (1550), apenas nueve años después, a través de sus *Colloquios matrimoniales*, ofreció parecidos consejos a la casta preñada para evitar un mal parto [18]:

"... la mujer preñada se guarde de saltar, bailar, correr, ni hacer ningún acto de fuerza, pues vemos que a los hombres les quita la habla, y a las mujeres preñadas la vida (Luján, 1550, 185)."

El capítulo XVIII es importante para el oficio de matrona (que está repetido, errata natural del texto). En él, Carbón explica a las comadres los diversos tipos de parto y sus causas. La más interesante digresión consiste en cuánto es el tiempo natural en el que se produce, dando por hecho que puede ser a los siete, ocho, nueve, diez, once y hasta catorce meses (sic). Las anomalías y los destiempos del parto pueden deberse a la falta de nutrición y de aire, pero también a la necesidad de expulsar las superfluidades retenidas en el vientre de la madre. Siendo un médico renacentista y naturalista, considera posible que el tiempo de parir de la mujer no obedezca al mismo reloj biológico que en otras hembras animales. Por ello, si el embrión se forma rápidamente, el parto será más pronto que si tarda en formarse.

"Describe el parto natural desta manera. En el tiempo que la criatura después de su tiempo natural determinado desea salir por buscar conveniente nutrimento y ayre proporcionado sale la cabeça primero y los braços juntos a los lados y las manos tendidas sobre los muslos de las piernas y esto en el mes seteno o noveno: y si la criatura a la lumbre viniere: el tal parto se dize natural. Y al contrario desto se dize parto no natural que seria por defecto del tiempo o por la diformidad del salir. Y assi se dize parto dificultoso: porque antes del tiempo ni la criatura ni la madre se han naturalmente a tal efecto: ni yguualmente concorren a tal operación (fol. XXXVI)."

Menciona seguidamente la dificultad del parto y lanza a las comadres una serie de exhortaciones. Se trata de suaves requerimientos sobre las condiciones generales que deben acopiarse para cumplir diligentemente su oficio y que habrán de manifestarse en el cuidado físico del infante. Además de sus habilidades mecánicas, reunirán un cierto número de actitudes caracteriales y costumbres, a tenor de su notable influencia sobre la parturienta:

"La comadre ha de ser esforçada e ingeniosa, que dé buen esfuerço a la preñada con palabras amorosas, y si por ventura la criatura por el grande trabajo muriese es necesario con la mano muy delicadamente poner la criatura por derecho camino: y si pudiere el dedo ponerle en la boca, tire afuera la criatura suavemente y con ingenio (fol. XXXVII)."

Especialmente delicado es el capítulo en el que, recurriendo a Avicena, como es habitual en Carbón, instruye a la comadrona a sacar la criatura muerta. Tal circunstancia puede darse cuando el parto dura cuatro días. Las señales

tienen que ver con la sensación de cuerpo muerto, pétreo, que cae sobre un lado del vientre, donde se nota un tacto helado. La siguiente descripción es, sin duda, la más truculenta y grotesca de todo el manual de Carbón:

"... la teta se deshincha, y mas que por su natura salen humidades fétidas y con virulencia. Y mas los ojos de la preñada son alterados y profundos: y el vientre es como de ytropica. Siente dolor en la región del ombligo: muchas veces tiene cámaras y voluntad de mear. Puede ser conocer por la oposición de la mano sobre el vientre: porque con el calor de la mano, si bivo fuere, terná movimiento. Puedese mas conocer la muerte de la criatura por las precedencias. Si por mucha flaqueza o debilidad. Por defecto del nodrimiento. Si por alguna fuerte enfermedad. Si por alguna percusión. Si por algún accessivo trabajo. Si por alguna demasiada cólera: las quales causas inflaman los espiritus de la criatura. De forma que desproporcionadas sofogan y matanla. O también por demasiado sangre o malo (fol. XXXX)."

Una vez completado el parto, la comadrona ha de aprestarse a regir la conducta de la parida. El cuidado corporal, la atención a sus ropas, su alimentación, sus heridas, su sueño y descanso, así como su estado de ánimo constituyen el culmen del trabajo perinatal de la parturienta. Desde el capítulo XXIII hasta la conclusión de la primera parte, las atenciones que se han de prodigar pasan desde el caldo de gallina, la tela de carnero sobre los riñones, evitar el frío y la luz intensa, así como las fajas. Aporta a las comadres bebedizos y remedios manuales para ayudar a purgar la sangre de la matriz y que no quede retenida o se corrompa.

Aunque las infecciones puerperales y los agentes bacterianos fueron descubiertos en el siglo XIX por Semmelweis, la manera en que Carbón se refiere a la cuarentena hace intuir que atisba que los riesgos de una mala cuarentena pueden acarrear la muerte de la mujer recién parida:

"Regla y conclusión es de todos los doctores que la maior parte de los accidentes que vienen a la mujer parida son por poca purgación despues de haver parido: Porque concluyen que el sangre detenido en todo el tiempo de su preñez, se debe purgar como cosa superflua: de otra manera toma grado de putrefaction lo que no ha hecho antes del parto.... Porque por esso da natura termino de treinta o quarenta días para su mundificación (fol. XLVI)."

La novedosa visión de Carbón sobre la lactancia

Recomienda la lactancia materna como mejor forma de criar al infante y solo en caso de imposibilidad materna, es admisible recurrir a amas de lactancia.

Encomienda al ama que sea hábil y suficiente, inteligente para interpretar los signos de la conducta del niño; benigna, alegre, diligente, limpia, casta, ni triste, ni tímida, ni iracunda. Desaconseja la atención a la nodriza tonta, disipada, frívola o perezosa, pues en ninguno de estos casos estaría suficientemente atenta a las necesidades del niño, antes bien a las propias inclinaciones y caprichos. Observa, con gran sentido común, que el niño aprende de con quien está, no de quien lo engendró. Carbón se desmarca, asombrosamente, en una época dominada por las teorías naturalistas de los humores en cuanto trasmisores de todo tipo de predisposiciones hereditarias, de la interpretación innatista (genética, diríamos hoy) y se catapultaba tres siglos por adelantado a una visión ambientalista e interpersonal de la labor educativa y del aprendizaje. Son el contacto humano, la atención práctica a la necesidad concreta, la imitación e identificación con los modelos de vida cercanos, los agentes educativos más potentes; en este sentido, sobre las amas de cría, repetimos, si la madre es incapaz de lactar por imposibilidad física:

"Fue prohibida la estolida [estúpida, poco inteligente] no diese a mamar y [a que] mas dize que trae las costumbres el niño de la ama que del padre ni de la madre, y por esso es de mucho mirar que sea bien morigerada y discreta (fol. LVI)."

¡Cuántos debates espurios sobre la conveniencia de amamantar a horas regladas o de forma libre y permisiva!
¡Cuántas teorías inútiles sobre la necesidad de adiestrar al neonato en fórmulas alimenticias de un tipo u otro, según que el objetivo perseguido fuera entrenar al niño en la frustración o la gratificación!

Damián Carbón hace gala de sentido común. Postula una lactancia según demanda pues, según supuso, antes de que el infante sea pervertido por descarriados hábitos hedonistas, si pide será porque necesita. La terquedad y rigidez en la creación de hábitos alimenticios, y de otro tipo, contribuyen a la socialización y a la civilización del niño, pero deben atemperarse para no devenir actitudes puramente sádicas e intransigentes que causen innecesarias frustraciones y desabrimientos de carácter. Dicho de forma llana: el niño debe estar, ante todo, contento.

Discusión y conclusiones

- Se destaca la importancia de esta obra por ser la primera tocoginecológica conocida en España, y una de las primeras en Europa, tras la obra de Eucharius Roesslin (1513). Además, incluye el texto más temprano de toda la literatura monográfica española renacentista de tema pediátrico.
- A diferencia de lo que ocurre con otros tratadistas tocoginecológicos del Renacimiento, como indica Sánchez

Granjel en sus investigaciones al respecto [19, 20], Damián Carbón es un clínico, no un erudito que recoja el saber admitido. Por ello, es un autor de transición entre las concepciones galénicas y las modernas procedentes de la *anatomía* de Vesalio. Su saber es, por ello, empírico y pragmático: dos de las consignas que rigen la medicina humanista posterior.

- Es, además, vanguardista por cuanto va desde la exposición de creencias generales no sometidas a comprobación a investigaciones etiológicas particulares.
- Ante la enferma ginecológica, como ante la paciente obstétrica, trata de averiguar la confluencia idiosincrásica de todos los factores considerados importantes durante este periodo histórico: su alimentación, su temperamento, su complexión corporal y el comportamiento de sus humores, contexto medioambiental, etc., para deducir de dicha interacción el consejo médico oportuno. Comienza por ello a tratar al enfermo, no a la enfermedad. Por ese motivo, probablemente orienta su texto no a los médicos, sino a las matronas, por ser ellas las realmente necesitadas de asesoramiento técnico y práctico en el trance de los abortos, partos, etc.
- Se constata el oficio de la partería como necesario socialmente y desempeñado en exclusiva por mujeres (comadres, parteras, madrinas, comadronas) cuyo nivel de instrucción debía elevarse, a pesar de su perfil ya profesionalizado.
- En el siglo XVI se produjo una corriente por divulgar conocimientos obstétricos y ginecológicos, fue comandada por médicos con escasa y arcaica formación en la materia, afirmando el poder de su instrucción y género, sobre las mujeres que atesoraban realmente el conocimiento práctico.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Carbón D. Libro del arte de las comadres, o madrinas, y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños. Facsímil del original. Londres: Instituto Wellcome de Historia de la Medicina; 1541.
- [2] Carbón D. Libro del arte de las comadres, o madrinas, y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños. Edición

- facsimilar. Universidad Complutense de Madrid signatura M. 618.2c21d. Edición para bibliófilos. Rafelbuñol (Valencia): Vincent García Editores; 2000.
- [3] Carbón D. Libro del arte de las comadres o madrinas y regimiento de la preñadas y paridas por el expertissimo doctor en artes y medicina mestre Damian Carbon de Mallorca compuesto. 24 de diciembre de 1541. Zaguán. Universidad de Zaragoza.
- [4] Rodríguez-San Pedro Bezares LE, Del Ser Quijano G. Discursos medicinales de Juan Méndez Nieto. 1607 (Cartagena Indiana). Salamanca: Ediciones de la Universidad de Salamanca; 1989.
- [5] Real Academia de la Historia. Biografía Damián Carbón Malferit. Historia Hispánica [internet] [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://historia-hispanica.rah.es/biografias/9583-damian-carbon-malferit>
- [6] Carbón D. Libro del Arte de las comadres o madrinas... 1541. UCM Biblioteca Fondo Antiguo. [internet] 1993 [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://patrimonioidigital.ucm.es/s/patrimonio/item/580454>
- [7] Palmujoki K. Edición y Comentario Filológico del "Libro del Arte de las Comadres o Madrinas y Regimiento de las Preñadas y Paridas y de los Niños" de Damián Carbón, Publicado en Mallorca en 1541. Helsinki: Société Néophilologique; 2015.
- [8] Carbón D. Históricos españoles. Médicos Históricos Españoles. Universidad Complutense de Madrid [internet] [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://www.medicohistoricos.ucm.es/s/medes/item/836961Medicos>
- [9] Fernández Álvarez M. Desarrollo científico y mentalidad mágica. En "La Contrarreforma", Gran Historia Universal, XV. Madrid: Club Internacional del Libro; 1986. p. 182.
- [10] Real Cédula 21 julio 1750. Fernando VI. Google Arts & Culture. [internet] [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://art-sandculture.google.com/asset/royal-decr%C3%A9e-of-fernando-vi/wQH8NkE2FUSliQ?hl=es>
- [11] Cardano G. Mi Vida. (1575). Primera edición crítica, traducida al castellano por F. Soccas. Madrid: Alianza; 1991.
- [12] Díaz Medina AM. Demografía y sociedad. En: El Renacimiento, Gran Historia Universal, XVI. Madrid: Club Internacional del Libro; 1986. p. 47.
- [13] Reale G, Antiseri D. Historia del pensamiento filosófico y científico. Vol II. Barcelona: Editorial Herder; 1988. p. 179.
- [14] Vázquez Jiménez L. La mujer y la sexualidad en la Edad Media y el Renacimiento. Cuadernos del CEMyR 2015; 23:137-54.
- [15] Hasson O. En torno a cuestiones de sexualidad en el Examen de Ingenios de Huarte de San Juan. Revista de Historia de la Psicología [internet] 2009 [citado 29 dic 2025]; 30(2-3):135-43. Disponible en: https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero_salida20220923111307302000.pdf
- [16] Moral de Calatrava P. La mala obstétrica y la buena matrona. Estereotipos femeninos en la medicina medieval. Revista Historia Autónoma, 2018; 13:15-29. Doi: <https://doi.org/10.15366/rha2018.13.001>
- [17] Zacharias Ermenisn F. Soranus Ephesius. Liber de muliebribus affectionibus, recensuit et latine interpretatus est. 1869. Edit: Kermimnk. Internet Archive [internet] [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://archive.org/details/b21976442/page/n7/mode/2up>
- [18] Luján P. Colloquios matrimoniales. Madrid: Real Academia Española; 1990.
- [19] Sánchez Granjel L. Literatura tocoginecológica española del siglo XVII. La tocoginecología en los textos quirúrgicos. Cuadernos de Historia de la Medicina Española 1969; VIII:15-33.
- [20] Sánchez Granjel L. La tocología española del Renacimiento. Salamanca: Ediciones de la Universidad de Salamanca; 1971.

Cesárea humanizada: beneficios y satisfacción de las mujeres al alta hospitalaria

¹ Carmen Ramírez Cremades
² Sonia Cortiles Bosch
³ María López Saludes
⁴ Belén Motis Juvero
¹ Javier Manrique Tejedor
¹ Edurne Zazpe de Ciriza

¹ *Matronas/matrón. Hospital Joan XXIII. Tarragona (España).*

E-mail: carmen.ramir.cre@gmail.com

² *Matrona. ASSIR Camp de Tarragona. Tarragona (España).*

³ *Matrona. ASSIR Reus. Tarragona (España).*

⁴ *Matrona. ASSIR Lleida. Lérida (España).*

Fecha de recepción: 18 de noviembre de 2025.

Fecha de aceptación: 11 de diciembre de 2025.

Cómo citar este artículo:

Ramírez Cremades C, Cortiles Bosch S, López Saludes M, Motis Juvero B, Manrique Tejedor J, Zazpe de Ciriza E. Cesárea humanizada: beneficios y satisfacción de las mujeres al alta hospitalaria. *Matronas Hoy* 2025; 13(3):16-22.

Resumen

Introducción: la humanización de la atención sanitaria ha adquirido relevancia en obstetricia, impulsando cuidados más respetuosos y centrados en la mujer. La cesárea puede generar experiencias negativas y dificultar el vínculo materno-filial. La cesárea humanizada surge como alternativa para favorecer la participación familiar y el respeto a los derechos de la mujer.

Objetivos: valorar la satisfacción percibida en las mujeres a las que se les realizó una cesárea y determinar los posibles beneficios de la cesárea humanizada.

Metodología: estudio descriptivo transversal de mujeres a las que se les realizó una cesárea desde febrero hasta agosto de 2024 en el Hospital Joan XXIII de Tarragona.

Resultados: el 80,7% de las cesáreas fue humanizada, con una satisfacción media de 9,79. El 71,6% de las madres acompañadas llevó a cabo el contacto piel con piel, frente al 6,25% en las no acompañadas. El dolor percibido fue 2,9 en las acompañadas y 2,75 en las que no lo fueron. La recuperación en el puerperio se puntuó con un 7,3 en la humanizada frente a 6,8 puntos en el otro grupo. Del total que deseaban lactancia materna, el 83,93% pudo iniciarla en las cesáreas humanizadas y el 27,27% en grupo tradicional.

Conclusiones: la cesárea humanizada mejora la satisfacción materna, el vínculo madre-hijo y las tasas de lactancia, por lo que es una práctica segura y recomendable en la atención obstétrica.

Palabras clave: cesárea; contacto piel con piel; matronas; lactancia; parto humanizado; satisfacción materna.

Abstract

Gentle c-section: benefits and satisfaction of women at hospital discharge

Introduction: healthcare humanization has acquired relevance in obstetrics, encouraging a more respectful and woman-centred care. C-sections can generate negative experiences and hinder the mother-child bond. Gentle C-sections appear as an alternative in order to encourage family participation and respect for women's rights.

Objectives: to assess the satisfaction perceived among women who underwent a C-section and determine the potential benefits of Gentle C-sections.

Methodology: a descriptive cross-sectional study of women who underwent a C-section from February to August 2024 at the Hospital Joan XXIII in Tarragona.

Results: out of all C-sections performed, 80.7% were Gentle C-sections, with a mean satisfaction of 9.79; 71.6% of accompanied mothers conducted skin-to-skin contact, vs. 6.25% of those who were alone. The pain perceived was 2.9 in accompanied mothers vs. 2.75 in those who were not. Postpartum recovery had a 7.3 score in accompanied mothers vs. 6.8 in the other group. Of the total number who wanted breastfeeding, 83.93% could initiate it in the Gentle C-section group, and 27.27% in the traditional group.

Conclusions: gentle C-sections improve maternal satisfaction, the mother-child bond, and breastfeeding rates, representing a safe and recommended practice in obstetric care.

Key words: C-section; skin-to-skin contact; midwives; breastfeeding; Gentle C-section; maternal satisfaction.

Introducción

La asistencia sanitaria ha ido evolucionando en los últimos años. Por su parte, la obstetricia se ha visto sumergida en un proceso de cambio en el que la humanización y la mejora de la comunicación con la madre y la familia son dos aspectos que se deben resaltar [1]. Al hablar de humanización de la salud, se tiene en cuenta un componente ético, bioético y moral, ya que se considera al ser humano en todas las esferas, lo que es sinónimo de hospitalidad y engloba el respeto por la vida, la dignidad y los derechos de todas las personas [1, 2].

Es importante destacar este aspecto humanitario, ya que en la práctica enfermera, existen múltiples guías y protocolos de acción relacionados con procesos técnicos automatizados; sin embargo, no son tantos los recursos existentes para tratar situaciones de cuidado sensible o relacionado con el sufrimiento interno del paciente [3].

Esta creciente deshumanización de los cuidados se hace especialmente visible en áreas quirúrgicas. En la mujer, uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados, y que en los últimos años se ha visto significativamente incrementado, es el parto por cesárea.

La definición de cesárea, según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), es la "extracción de un feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero de la madre" [4].

Desde 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15% [5]. Desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo [6, 7]. Tanto la OMS [5] como la Sociedad Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Estados Unidos (American College of Obstetricians and Gynecologists -ACOG-) han expresado su preocupación por el aumento de las tasas de cesáreas en todo el mundo y recomiendan que las cesáreas se realicen solo cuando exista una indicación médica clara y necesaria, para garantizar la seguridad tanto de la madre como del bebé [8, 9]. La propia SEGO en España [10], además de asociaciones científicas de matronas, se han unido a esta recomendación. La OMS reconoce que las cesáreas pueden causar complicaciones y discapacidades significativas, tanto para la madre como para el recién nacido, especialmente en entornos con recursos limitados [11].

En España, las cesáreas actualmente representan un 21%, es decir, más de uno de cada cinco partos. En cinco comunidades autónomas la tasa de cesáreas de la última década ha estado por encima del 25%. En este grupo están Extremadura, la Comunidad Valenciana, Cataluña, Castilla y León y Andalucía [12].

Esta tendencia ha llevado a que organizaciones como la FIGO y la SEGO, entre otras, promuevan las cesáreas humanizadas como una estrategia para abordar esta situación [1]. La cesárea humanizada busca revertir esa tendencia, haciendo que la intervención sea más respetuosa, segura y centrada en la mujer [13].

La cesárea humanizada tiene como base centrar los cuidados en la mujer, respetando en todo momento sus derechos humanos. Esto implica evitar cualquier acto que incurra en violencia obstétrica, siendo definida por la OMS como "cualquier acción o conducta que, durante la atención del embarazo, parto y puerperio, cause daño o sufrimiento a la mujer, ya sea por acción u omisión, y que tenga como objetivo o resultado limitar, restringir o negar sus derechos reproductivos y humanos. Esto puede incluir prácticas como la humillación, el trato deshumanizado, la negación de información, la falta de consentimiento, o procedimientos innecesarios sin el debido respeto y cuidado" [14].

Es imprescindible tener en cuenta los valores, los objetivos y los deseos en cuanto a su experiencia de parto, que deben estar recogidos en el denominado *plan de parto* [15].

Durante el parto por cesárea, la mujer suele tener un sentimiento de frustración por no haber podido tener un parto vaginal. Además, el ambiente quirúrgico también genera la percepción de la falta de cuidado necesario para conseguir que el nacimiento se produzca de la mejor manera posible por parte del profesional.

Estas circunstancias pueden generar una vivencia negativa y estresante del parto, lo que puede provocar un efecto adverso sobre las mujeres [16]:

- Problemas con el establecimiento de la lactancia materna, debido a una menor concentración de prolactina y oxitocina tras el parto [17].
- Riesgo de aumento de depresión posparto y mayor dificultad en el establecimiento del vínculo a causa de la separación con el recién nacido; además de un mayor dolor y cansancio tras el procedimiento, comparado con los partos vaginales [18, 19].

En el niño también se producen efectos adversos debido a la interrupción de la transición normal del recién nacido, con ausencia de la compresión torácica, que supone una menor eliminación del líquido intrapulmonar y una menor secreción de hormonas. A lo que se suman los efectos de la separación de la madre [20, 21].

Este intento de humanizar la cesárea se ha unificado bajo el nombre de *cesárea natural, humanizada o provínculo*, que a pesar de seguir siendo una intervención quirúrgica, debe intentar asemejarse a la vía vaginal dándole la naturalidad propia del proceso de parto [1].

Esta técnica promueve el contacto piel con piel (CPP) de forma precoz y bajo vigilancia, reduciendo el tiempo de separación madre-hijo. El CPP es considerado para la mayoría de los autores como la intervención principal de la humanización de la cesárea. La ausencia de complicaciones en su ejecución, junto a la felicidad que aporta en la familia y el grado de apego, confort y confianza que experimentan las madres al realizarlo, son elementos facilitadores para la implementación de este método en el hospital [22, 23].

También incluye la participación del padre o de la pareja en el proceso, lo que permite alcanzar una experiencia muy satisfactoria para la familia. Es fundamental reconocer que el nacimiento es un momento único que debe humanizarse para ser compartido por la madre, el acompañante y el recién nacido [20, 21, 23].

Objetivos

- Valorar la satisfacción percibida en las mujeres a las que se les realizó una cesárea y determinar los posibles beneficios de la cesárea humanizada.
- Evaluar las tasas de lactancia materna poscesárea y al alta hospitalaria en las cesáreas humanizadas respecto a las cesáreas tradicionales.

Metodología

Diseño

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de mujeres a las que se les efectuó una cesárea desde febrero de 2024 hasta agosto de 2024, en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.

Se entregó un cuestionario a las mujeres al alta hospitalaria con el fin de evaluar los beneficios que supone la cesárea humanizada y la importancia que esta tiene en la vivencia del proceso de parto.

La población total estudiada fueron 83 pacientes.

Criterios de inclusión y exclusión

En el estudio se incluyeron todas las mujeres a las que se les realizó una cesárea entre febrero y agosto de 2024 en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.

Recogida de datos

El instrumento de recogida de datos fue una encuesta no validada de 13 ítems, entregada a las mujeres púerperas el día del alta hospitalaria. Este proceso de recogida de datos se llevó a cabo entre febrero y agosto de 2024. Además, se revisaron los datos de los episodios asistenciales de las mujeres participantes en el estudio.

Resultados

Del total de pacientes encuestadas (n= 83) se obtuvieron los siguientes datos:

Por rangos de edad, el grupo de edad con más prevalencia fue el de 31-35 años con un 36%, seguido del grupo de 36-40 años con un 30,1%, con una media de edad del total de la muestra de 33 años (Tabla 1).

Tabla 1. Pacientes por grupos de edad

Años	n	%
< 21 años	0	0%
21-25	6	7,2%
26-30	15	18%
31-35	30	36%
36-40	25	30,1%
41-45	7	8,4%
> 45	0	0%

En cuanto a las características obstétricas (Tabla 2), los datos epidemiológicos fueron:

- Semanas de gestación: el grupo entre 38 y 39 semanas de gestación fue el más prevalente con un 24%, seguido del grupo entre 40 y 41 semanas, con un 20,4%, siendo la media de 38+2 semanas de gestación.
- Número de cesárea: en el 67,4% de los casos se trató de una primera cesárea, mientras que en el 19,2% fue la segunda que se le realizaba y en el 12%, la tercera. Solo hubo un caso de cuarta cesárea.
- Paridad: del total de mujeres encuestadas, para el 59% fue su primer hijo, mientras que para el 18% fue el segundo, para el 19,2% el tercero, y solamente para el 3,6% fue el cuarto hijo o más.

Según el tipo de cesárea, el 77,2% fue de tipo urgente; el 18%, electivas y el 4,8%, emergentes. Según el tipo de anestesia en la cesárea, la raquídea se usó en el 48,2% de los casos, la epidural en el 47% y la anestesia general en el 4,8% (Tabla 3).

En lo referente al análisis de resultados, se obtuvo una alta participación en el estudio. El 92,2% de mujeres a las que se les realizó una cesárea aceptó la participación mediante la respuesta al cuestionario.

Los resultados mostraron diferencias entre las cesáreas humanizadas y las que no lo fueron, en casi todos los aspectos

Tabla 2. Distribución de la muestra por semanas de gestación, número de cesárea y paridad

	Rango semanas	n	%
Semanas de gestación	< 28	2	2,4%
	28-31+6	2	2,4%
	32-34+6	5	6%
	35-36+6	7	8,4%
	37-37+6	9	10,8%
	38-38+6	20	24%
	39-39+6	13	15,6%
	40-40+6	17	20,4%
	> 41	8	9,6%
Número de cesárea	Nº	n	%
	1ª	56	67,4%
	2ª	16	19,2%
	3ª	10	12%
	4ª	1	1,2%
Paridad	Nº de hijo	n	%
	I	49	59%
	II	15	18%
	III	16	19,2%
	IV o más	3	3,6%

Tabla 3. Distribución de la muestra por nivel de urgencia y tipo de anestesia

	Tipo de cesárea	n	%
Nivel de urgencia	Electiva	15	18%
	Urgente	64	77,2%
	Emergente	4	4,8%
Anestesia	Tipo	n	%
	Raquídea	40	48,2%
	Epidural	39	47%
	General	4	4,8%

estudiados. Las cesáreas humanizadas supusieron el 80,72% del total, y presentaron una satisfacción de 9,79 en una escala del 1 al 10. En el 19,28% no se pudo permitir el acceso de la pareja, en la mayoría de casos por ser cesáreas emergentes o urgentes por SPBF, que requerían una actuación inmediata, y en otros casos por rechazo de la mujer o del acompañante a entrar en el quirófano.

Solamente en cinco casos, el acompañante tuvo que salir del quirófano, siendo las causas principales las complicaciones anestésicas, el malestar materno o del propio acompañante, pero en ningún caso tuvo repercusión en la intervención.

En el 31,2% de los casos, no era la primera cesárea que se les realizaba. De estas mujeres con cesárea previa, el 85,18% consideró la experiencia más satisfactoria que la anterior, por haber tenido un acompañante durante la operación y puerperio inmediato.

El dolor percibido durante la intervención se cuantificó con la Escala Visual Analógica (EVA), no observándose diferencias significativas entre los grupos de cesárea humanizada o tradicional. La media de dolor fue de 2,9 en las acompañadas y 2,75 en las que no fueron acompañadas.

En cuanto a la posibilidad de poder realizar el contacto piel con piel con el recién nacido, el 71,6% de las mujeres acompañadas pudo mantenerlo durante toda la intervención y el posparto inmediato de manera ininterrumpida, por el 6,25% en las que no hubo acompañante.

La recuperación en el puerperio precoz también se registró de manera distinta en ambos grupos. En el grupo de cesáreas provínculo, se percibió una mejor recuperación, con una media de 7,3 puntos frente a 6,8 puntos en las no provínculo.

Otra variable estudiada en ambos grupos fue la lactancia materna, tanto si pudo iniciarse de inmediato como las tasas de lactancia materna al alta y a los dos meses.

En el grupo de cesáreas humanizadas, un 16,4% había optado por la lactancia artificial desde el inicio. Del total que deseaban lactancia materna, el 83,93% pudo iniciar la lactancia en el posparto inmediato. En el grupo de cesáreas no humanizadas, un 31,25% había decidido lactancia artificial. Del total que deseaban lactancia materna, solamente un 27,27% pudo iniciar la lactancia en el posparto inmediato.

Al observar los datos al alta hospitalaria, del total de mujeres que decidió lactancia materna, se observó en las cesáreas provínculo una tasa de lactancia materna exclusiva del 80,36% frente al 63,63% en el grupo de cesáreas no provínculo.

En cuanto al seguimiento a los dos meses del tipo de lactancia, solamente se pudo contactar con el 55% de las ma-

dres. Del total de mujeres evaluadas, el 96% continuaba con lactancia materna.

Discusión

La cesárea tradicional (en la que la pareja no puede entrar al quirófano con la madre y la unidad familiar es separada en el momento del nacimiento) es todavía una práctica habitual en muchos centros hospitalarios de nuestro entorno. Hasta hace pocos años, antes de la implantación de la Estrategia de Atención al Parto Normal a partir del 2007 [24], aun en los partos eutócicos, eran pocos los centros hospitalarios en los que se permitía el acceso del acompañante a la sala de partos. Hoy en día, tras años del acompañamiento continuo de la madre, se ha visto que es algo beneficioso e incluso necesario, siendo impensable que una madre tenga el parto sin presencia de la pareja.

Poco a poco diversos centros han ido instaurando, no sin dificultades, las cesáreas humanizadas, en las que la pareja acompañe durante la intervención a la madre y al recién nacido, de manera que madre, pareja y recién nacido no se separan en ningún momento.

Este estudio permite determinar los posibles beneficios que tiene la cesárea provínculo para la madre, sobre todo en lo referente a su satisfacción y recuperación, pero también para el recién nacido por el aumento en las tasas de lactancia materna exitosa.

Tras analizar los cuestionarios de valoración, se obtuvo una satisfacción de 9,79 sobre 10 en las cesáreas humanizadas, hecho muy positivo y relevante, ya que hay estudios sobre la satisfacción en el proceso de parto que reportan satisfacciones más bajas, habiendo sido incluso partos vaginales. Además, más del 85% de las mujeres con cesárea previa valoró la cesárea humanizada mejor que la tradicional.

Otro punto donde los datos muestran gran diferencia es en las tasas de CPP justo en el momento del nacimiento y durante las dos horas posteriores de manera ininterrumpida. En la cesárea tradicional siempre se produce la separación de madre y recién nacido durante la intervención, con las consecuencias negativas ya conocidas para la instauración del vínculo madre-hijo [17]. En el presente estudio, más del 70% de las mujeres intervenidas de cesárea pudo realizar CPP con el recién nacido durante todo el proceso.

La recuperación tras la operación también fue mejor puntuada en el caso de la cesárea humanizada. Este hecho no tendría explicación fisiológica puesto que la intervención como tal es la misma. Sin embargo, esta mejor puntuación puede deberse a que al estar la madre en contacto con su recién nacido, se siente distraída por los cuidados que el bebé necesita y en los casos en los que la instauración de la

lactancia se produce rápidamente, la liberación de oxitocina durante el amamantamiento produce una sensación de bienestar y mejor recuperación [25].

En cuanto al dolor, durante la intervención no ha habido diferencias significativas en ambos grupos. En este sentido, hay que destacar que gran parte de las cesáreas que no fueron provínculo, lo fueron de tipo emergente, muchas de ellas con anestesia general por la urgencia del momento. Esto puede suponer un sesgo en los resultados de la puntuación del dolor, porque las tasas de anestesia general no son similares en ambos grupos. Sin embargo, si se atiende solamente a los subgrupos de cesáreas con anestesia epidural, sí que se pueden observar diferencias en cuanto al dolor percibido, en función de si ha sido cesárea humanizada o no.

En la mayoría de casos, el acompañante no tuvo que abandonar el quirófano, pero en los casos que fue necesario no supuso riesgo ninguno para la madre ni obstáculo para los profesionales.

Tradicionalmente se ha dicho que en las cesáreas la lactancia materna es más dificultosa. También es cierto que las madres que han tenido una cesárea no humanizada no han podido realizar CPP de manera inmediata al nacimiento [19]. Las tasas de inicio de la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento en el presente estudio han sido muy elevadas (casi el 84%), incluso superiores a las tasas brutas de inicio de lactancia en partos vaginales. Esto puede deberse a la presencia de la matrona continuamente en el quirófano mientras se realiza el CPP, que ayuda y da soporte en los primeros momentos para ayudar en la primera toma.

Un inicio precoz de la lactancia influye también en las tasas de éxito de esta, hecho que se puede corroborar en este estudio, ya que, al alta, cuatro de cada cinco madres tenían lactancia materna exclusiva en el grupo de cesárea humanizada, siendo mucho menos en el grupo de cesárea tradicional.

Conclusión

- La cesárea humanizada aporta beneficios a la madre en el nivel de satisfacción global sobre la intervención, en la percepción de la recuperación poscesárea y en la instauración del vínculo madre-hijo.
- La cesárea humanizada influye positivamente en la tasa de lactancia materna inmediatamente después del nacimiento y al alta hospitalaria.
- No se encontraron problemas asociados a la entrada del acompañante al quirófano, ni en la intervención ni en el desempeño del trabajo por parte del equipo sanitario.

- Una atención más respetuosa y centrada en la familia es posible en el caso de las cesáreas.
- Las matronas han sido respetuosas de los derechos de la madre, hijo y familia, y han estado convencidas de los beneficios que reportan iniciativas como la analizada. Por ello, han tomado parte activa en los cambios en la asistencia al parto promovidos en España en la última década, ayudadas principalmente del emprendimiento institucional del cambio de la asistencia al parto y nacimiento, lo que contribuye indudablemente a una oferta de excelencia en el entorno del parto y nacimiento.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Tessier España E, Camaño Gutiérrez I, García Burguillo A, Hernández García JM, Villido Coteló R, De la Hera Lázaro C, et al. Cesárea humanizada. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. [internet] 2013 [citado 29 dic 2025]; 56(2):73-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetriciaginecologia-151-articulo-cesarea-humanizada-S0304501312001161>
- [2] Cobeta García C, Pérez Talavera C, Guzmán Almagro MI (dir). *Humanización del proceso de cesárea* [Trabajo fin de grado]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2020 [citado 29 dic 2025]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691643/cobeta_garcia_carolina.pdf?sequence=1
- [3] Biurrún-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. *Revisión de la bibliografía*. *Matronas Prof.* 2013; 14(2):62-6.
- [4] Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Recomendaciones sobre la cesárea y su indicación clínica*. Madrid: SEGO; 2021.
- [5] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Declaración de la OMS sobre las tasas de cesárea* [internet]. Ginebra: OMS; 2015. [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
- [6] World Health Organization (WHO). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience* [internet]. Geneva: WHO; 2018. [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- [7] FIGO. *Statement on Caesarean Section Rates Worldwide* [internet]. London: FIGO; 2020. [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://www.figo.org/news/figo-statement-caesarean-section-rates>
- [8] American College of Obstetricians and Gynecologists. *Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery*. *Obstet Gynecol.* [internet] 2014 [citado 29 dic 2025]; 123(3):693-711. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(14\)00055-6/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)00055-6/fulltext)
- [9] Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Prevención de la violencia obstétrica en América Latina* [internet]. OPS; 2020 [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/prevencion-violencia-obstetrica-america-latina>
- [10] Cesárea y tocurgia en la obstetricia actual. *Prog Obstet Ginecol.* [internet] 2017 [citado 29 dic 2025]; 60(5):411-3 Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n5/00_editorial_05.pdf
- [11] Ministerio de Sanidad (MSSSI). *Indicadores de atención al parto en el Sistema Nacional de Salud* [internet]. Madrid: MSSSI; 2023. [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/indicadores-atencion-parto.htm>
- [12] El Diario. *El mapa de las cesáreas en España: los hospitales que abusan de los partos con bisturí*. *Eldiario.es* [internet] 2022 [citado 29 dic 2025]. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partosquirurgicos_1_9545161.html
- [13] Mora Pérez A. El impacto emocional de la cesárea en la mujer: revisión sistemática. *Matronas Prof.* 2022; 23(1):14-22.
- [14] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Violencia obstétrica: definición y enfoques* [internet]. Ginebra: OMS; 2015. [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501023>
- [15] Hernández Muñoz M. Plan de parto y derechos de la mujer. *Rev Enferm Maternoinf.* 2021; 10(2):87-93.
- [16] Fernández López E. Efectos psicológicos de la cesárea y estrategias de afrontamiento. *Psicología y Salud.* 2021; 33(1):55-66.
- [17] López Rojas C. Lactancia materna tras cesárea: factores determinantes. *Acta Pediátrica Española.* 2020; 78(5):278-84.
- [18] García Muñoz A. Depresión postparto y vínculo madre-hijo en partos por cesárea. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2019; 12(3):145-52.
- [19] Costa Romero M, Lalaguna Mallada P, Díaz Gómez NM. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Rev Esp Salud Publica* [internet] 2019 [citado 29 dic 2025]; 93:e201902006. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201902006/>

- [20] Pérez Jiménez JM, Luque Oliveros M, Rodríguez Blanco C. Cesárea humanizada: estudio fenomenológico y experimental del contacto piel con piel [tesis doctoral inédita]. [internet]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2022. [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/143000>
- [21] Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Contacto piel con piel en las cesáreas: aspectos prácticos para la puesta en marcha. AEPED [internet] 2017 [citado 29 dic 2025]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201702-cpp_en_cesareas.pdf
- [22] Rodríguez Villalobos F. Tendencias globales en la tasa de cesáreas. *Lancet Glob Health*. 2021; 9(5):e543–e556.
- [23] World Human Organization (WHO). Humanising Childbirth Initiative. Geneva: WHO; 2018.
- [24] Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al Parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2007. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/Estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf_1.pdf
- [25] Vásquez-Munive MM del S, De Lima MM. Lactancia materna: entre el desafío y la voluntad. *Duazary* [internet] 2023 [citado 29 dic 2025]; 20(4):231-2. Disponible en: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/5537>

Jorge Redes Castilla

Andrea Morales: la herencia canaria de la partería en el Río de la Plata colonial

Licenciado en Economía. Escritor. Genealogista. Montevideo (Uruguay)

E-mail: jorredes@hotmail.com

Fecha de recepción: 20 de junio de 2025.

Fecha de aceptación: 6 de noviembre de 2025.

Cómo citar este artículo:

Redes Castilla J. Andrea Morales: la herencia canaria de la partería en el Río de la Plata Colonial. *Matronas Hoy* 2025; 13(3):23-34.

Resumen

Introducción: en 1726, en el navío Nuestra Señora de la Encina, fueron trasladadas veinticinco familias canarias a lo que sería a partir de entonces el puerto de Montevideo. En 1729, se le unirían otras 30 embarcadas en el San Martín. Con todas ellas, y unas pocas familias procedentes de Buenos Aires, dio comienzo a la fundación de la actual capital de Uruguay.

Las familias canarias emigraron en busca de mejores oportunidades, huyendo de la pobreza y la guerra en las islas. Aunque la información sobre mujeres canarias individuales es escasa, la presencia de estas "emigrantes humildes y trabajadoras fue decisiva para la fundación de la capital de Uruguay, Montevideo, así como para el desarrollo de las colonias, integrándose en la nueva sociedad y contribuyendo a la identidad cultural del territorio. De entre ellas, estaban las parteras tradicionales isleñas, que arribaron al país e impulsaron la partería del mismo, destacando muy especialmente a Andrea Morales, presumiblemente partera del prócer de la nación uruguaya.

Objetivos: analizar la plausibilidad histórica de que Andrea Morales García, reconocida como la primera partera de Montevideo, haya asistido el nacimiento de José Gervasio Artigas, héroe nacional y máximo prócer del proceso independentista, considerado el Padre de la Patria.

Poner en valor la actividad de Andrea Morales como partera, en la partería colonial y su participación en la fundación de Uruguay.

Material y método: metodología de análisis contrafáctico sustentado en fuentes documentales, genealogía comparada e historia social del Montevideo colonial.

Discusión y conclusiones: plausibilidad de que Andrea Morales asistiera en el nacimiento de José Gervasio Artigas. La adversidad y la solidaridad femenina conectará la vida de Andrea con los orígenes del prócer, desde su oficio y su coraje, encarna el espíritu fundacional de Montevideo.

La partería en los siglos XVII y XVIII, tanto en Canarias como en los territorios coloniales del Río de la Plata, representó una tradición cultural femenina y un medio de transmisión de saberes esenciales para la supervivencia comunitaria.

Las parteras canarias dejaron una fuerte herencia en de la partería del Río de la Plata colonial

Palabras clave: partera; partería tradicional; historia social; mujeres; Artigas.

Abstract

Andrea Morales: the canarian inheritance of midwifery in colonial Río de la Plata

Introduction: in 1726, twenty-five Canarian families travelled in the Nuestra Señora de la Encina ship to what would become the Port of Montevideo from then on. Another 30 families joined them in 1729, travelling in the San Martín. All of them, and a few families coming from Buenos Aires, started the foundation of the current capital city of Uruguay.

Canarian families emigrated in search of better opportunities, fleeing from poverty and war in the islands. Even though there is limited information about individual Canarian women, the presence of these humble and hard-working migrant women was crucial for the foundation of Montevideo, the Capital City of Uruguay, as well as for the development of colonies, by integrating into the new society and contributing to the cultural identity of the territory. Among them, there were traditional island midwives, who arrived in the country and promoted midwifery; Andrea Morales stood out particularly, as she was probably the midwife of the Uruguayan Nation hero.

Objectives: to analyse the historical likelihood that Andrea Morales García, acknowledged as the first midwife in Montevideo, assisted the birth of José Gervasio Artigas, national hero and maximum leader of the independence process, and considered the Father of the Nation.

To highlight the activity of Andrea Morales as a midwife in colonial midwifery, and her involvement in the foundation of Uruguay.

Materials and method: analysis with counterfactual methodology, supported by documentary sources, compared genealogy, and social history of the colonial Montevideo.

Discussion and conclusions: it is likely that Andrea Morales assisted the birth of José Gervasio Artigas. Adversity and female solidarity will connect the life of Andrea with the origins of the hero, from her profession and his courage, embodying the foundational spirit of Montevideo.

Midwifery in the 17th and 18th centuries, both in the Canary Islands and in the colonial territories of the Río de la Plata, represented a female cultural tradition and a means of transmission for a set of knowledge essential for community survival. Canarian midwives left a strong heritage in the midwifery of colonial Río de la Plata.

Key words: midwife; traditional midwifery; social history; women; Artigas.

Introducción

A pesar de la vasta cantidad de estudios e investigaciones dedicadas a la figura de José Gervasio Artigas, héroe nacional y máximo prócer del proceso independentista, considerado el Padre de la Patria de Uruguay, hay aún aspectos poco abordados o completamente ausentes en la historiografía nacional. Uno de ellos es el referente a las circunstancias que rodearon su nacimiento, en particular, quién asistió a su madre, Francisca Antonia, durante el parto.

Durante años se debatió si Artigas nació en la estancia de sus abuelos paternos en Sauce (Canelones) o en la ciudad de Montevideo. En la actualidad, hay consenso entre los historiadores en cuanto a que su nacimiento tuvo lugar en Montevideo, en la casa de su abuela materna. No obstante, ninguna fuente disponible menciona quién estuvo presente en el momento del alumbramiento, más allá de su abuela materna, cuya presencia puede asumirse con fundamento. Esa carencia documental deja un interrogante abierto sobre un momento crucial de la vida del prócer: su nacimiento.

Objetivos

- Esta investigación tiene como objetivo analizar la plausibilidad histórica de que Andrea Morales, reconocida como la primera partera del Montevideo colonial, haya asistido en el nacimiento de José Gervasio Artigas.
- Poner en valor la herencia aportada por las parteras canarias a la partería colonial.
- Visibilizar el rol de las mujeres (en particular, de las parteras) en el proceso fundacional.

Material y método

Ante la ausencia de registros documentales que confirmen la participación de Andrea Morales en el nacimiento de Artigas, esta investigación recurre al método contrafáctico como herramienta de investigación histórica. Este enfoque, utilizado en contextos donde las fuentes primarias son escasas o inexistentes, consiste en formular escenarios alternativos verosímiles basados en lo que razonablemente pudo haber sucedido, teniendo en cuenta el contexto histórico, los actores sociales y las condiciones materiales y costumbres de la época.

En este caso, el análisis parte de una pregunta contrafáctica clave: ¿Quién habría asistido al parto de Francisca Antonia Artigas si Andrea Morales no hubiese sido la partera?

La respuesta orienta la hipótesis hacia la alta probabilidad de que Andrea Morales haya estado presente, sobre todo considerando los siguientes elementos:

- Es reconocida como la primera partera profesional del Montevideo colonial, y actualmente una calle lleva su nombre en homenaje a su figura.
- Su actividad coincide temporal y geográficamente con el nacimiento de Artigas.
- Tanto Andrea Morales como María Rodríguez Camejo eran originarias de la Isla de Tenerife.
- Ambas formaron parte del mismo contingente de emigrantes canarios enviados a poblar Montevideo.
- Compartieron la travesía marítima de casi dos meses, durante la cual ambas viajaron embarazadas.
- Andrea Morales figura como madrina en el bautismo de la hija de María Rodríguez Camejo, quien posteriormente sería la madre de Artigas.
- Las viviendas de ambas familias eran muy próximas en la ciudad.
- No existen registros de otra figura con formación o prestigio en el rol de partera en Montevideo durante esos años.

Estos indicios, tomados en conjunto, permiten plantear un escenario en el que la presencia de Andrea Morales durante el parto de Artigas no solo es verosímil, sino históricamente coherente y altamente plausible.

Lejos de caer en la ficción, el método contrafáctico utilizado aquí se basa en la lógica de la historia contextual y en la reconstrucción razonada de los hechos a partir de evidencias directas e indirectas.

Contexto histórico del Montevideo colonial (1726-1764)

Montevideo fue fundada formalmente en 1726 por disposición del gobernador Bruno Mauricio de Zabala como una ciudad-fortaleza, con un objetivo estratégico: afianzar la soberanía española en el Río de la Plata frente al avance portugués desde el Brasil. Para consolidar este enclave, la Corona española organizó el envío de familias canarias, consideradas súbditos leales y laboriosos. Entre ellas se encontraba Andrea Morales, nacida en Santa Cruz de Tenerife, y María Rodríguez Camejo, nacida en La Laguna, ambas tinerfeñas.

Durante las primeras décadas, la ciudad consistía en un pequeño núcleo urbano amurallado, con calles de tierra, construcciones precarias y una población reducida. Los primeros pobladores vivieron en condiciones sumamente adversas: viviendas humildes, falta de infraestructura sanitaria, dependencia del comercio irregular con Buenos Aires y permanentes tensiones con pueblos originarios, así como con fuerzas portuguesas en la frontera oriental.

La vida cotidiana estaba marcada por el trabajo comunitario, la cooperación entre familias migrantes y una fuerte religiosidad que organizaba los nacimientos, los matrimonios y las muertes. Las mujeres desempeñaban un papel central en el sostenimiento de la vida doméstica y comunitaria. En ese contexto, surgieron figuras clave como la partera, encargada de asistir nacimientos en un entorno sin médicos estables ni instituciones sanitarias formales.

Para 1764, año del nacimiento de José Gervasio Artigas, Montevideo contaba con una estructura urbana consolidada dentro de la muralla: algunas calles empedradas, una iglesia matriz precaria, casas de adobe con techos de teja, un cabildo y un incipiente mercado portuario. Las familias criollas, como la de los Artigas, habían logrado cierto arraigo económico y social, aunque la mayoría de la población vivía en condiciones de precariedad relativa.

En este entorno, las redes vecinales, los vínculos entre familias migrantes y los oficios esenciales, como el de partera, adquirirían una relevancia vital para la reproducción de la vida social. La cercanía física, cultural y afectiva entre Andrea Morales y María Rodríguez Camejo, forjada desde la travesía migratoria, se inscribe en este entramado comunitario que definió la primera sociedad colonial montevideana.

Andrea Morales: sus orígenes y el viaje a Montevideo

Andrea Morales nació a comienzos del siglo XVIII en Santa Cruz de Tenerife (Islas Canarias, España). Hija de Ventura (o Bentura) Morales y Olaya García. Contrajo matrimonio en la parroquia local, el 20 de junio de 1718, con Antonio José Modernell. De ese vínculo nacieron tres hijos: Pedro, José y María.

Para comprender plenamente la vida de Andrea, no basta con conocer sus raíces: es indispensable abordar la travesía que la condujo a América. Su historia no comienza únicamente en Tenerife, sino también en ese cruce oceánico que supuso riesgos, soledad y una firme decisión.

Las adversidades comenzaron incluso antes de zarpar, durante la espera del barco en el puerto de Santa Cruz. La referencia de Azarola Gil es elocuente [2]:

"Durante esa escala en Tenerife se produjeron dos conatos de sublevación entre las fuerzas destinadas al Plata, causados por la mala disposición con que los soldados iban a esas guarniciones... Al saber su destino, parecía que los enviaban al infierno."

En ese contexto turbulento, Andrea, pese a su condición y las circunstancias que la rodeaban, afrontó el viaje con una determinación que anticipa el temple que marcaría toda su vida.

El patache San Martín, liviano y de escaso calado, fue uno de los navíos que transportó colonos desde Tenerife hacia el Río de la Plata en 1729. No estaba pensado para emigración masiva, su capacidad era limitada y los pasajeros viajaban en condiciones precarias.

La ruta desde Santa Cruz de Tenerife al puerto de Montevideo, seguida por el San Martín en 1729, solía bordear las islas de Cabo Verde y desde allí, cruzaba el Atlántico hacia el noreste de Brasil, para luego descender costeando hacia el Río de la Plata. Los dominantes vientos alisios guiaban la ruta; algunas escalas eran necesarias para reabastecimiento y la navegación enfrentaba riesgos de calmas, tormentas, enfermedades y escasez de provisiones.

La documentación de la época (especialmente las cartas del padre jesuita Cayetano Cattaneo, quien viajó como pasajero en otro de los barcos que zarparon de Santa Cruz de Tenerife) describe sufrimiento, calor abrasador, plagas de insectos y necesidades constantes.

Los pasajeros (religiosos, soldados, colonos) soportaban condiciones extremadamente precarias: dormían sobre el suelo o en hamacas entre barriles, expuestos a la humedad, el hacinamiento y la falta de higiene. Compartían el espacio con la tripulación y la carga, consumían alimentos racionados, a menudo en mal estado, y pasaban semanas sin poder asearse ni resguardarse del calor, el frío o las tormentas.

Fue en ese contexto de penurias y privaciones donde Andrea emprendió su viaje: viuda reciente, con tres hijos y ya embarazada de un cuarto.

Nacimientos en alta mar: Andrea como partera

El San Martín arribó al puerto de Montevideo el 27 de marzo de 1729, aunque el desembarco se realizó entre el 6 y el 8 de abril.

Durante la travesía se registraron al menos dos nacimientos en alta mar, cuyas partidas bautismales figuran en los libros parroquiales de la Iglesia Matriz de Montevideo. Estos hechos evidencian que fue necesaria la presencia de una persona con conocimientos obstétricos a bordo.

Entre los pasajeros se encontraba Andrea Morales, y no se ha identificado a ninguna otra mujer con ese oficio entre los colonos del navío. En ese contexto, su presencia hace no solo plausible, sino altamente probable que haya sido ella quien brindó asistencia en aquellos partos.

Ambos bautismos fueron asentados en el Libro Primero de Bautismos de la Parroquia de la Inmaculada Concepción y San Felipe y Santiago de Montevideo, por el Dr. José Nicolás Barrales, párroco de esta [3], hoy, Catedral Basílica Metropolitana de Montevideo.

"En ocho de abril de mil setecientos veinte y nueve, yo, el Doctor Don Joseph Nicolás Barrales, cura y vicario de esta ciudad de Montevideo, bauticé solemnemente a Manuel, hijo de padres no conocidos, nacido en el mar en la embarcación llamada San Martín, que arribó a este puerto. Fue su padrino Pedro de Lea, a quien advertí su parentesco espiritual y obligaciones. Lo firmé.

Dr. Joseph Nicolás Barrales".

"En el mismo día, mes y año, bauticé a Juana, hija también de padres no conocidos, nacida en la embarcación San Martín durante la navegación desde Tenerife. Fue su padrino Pedro de Lea, a quien advertí como en la anterior.

Dr. Joseph Nicolás Barrales".

En ambas actas no se menciona a las madres, lo que era común en casos de hijos expósitos o de situaciones irregulares, pero sí se destaca que los nacimientos ocurrieron a bordo.

Aunque su nombre no figure en las partidas bautismales, el contexto histórico, la comparación de los registros y la singularidad de su oficio permiten sostener, con alta probabilidad, que Andrea fue la primera partera en ejercer su labor en Montevideo, incluso antes de que el grupo de familias canarias arribara a la ciudad.

Andrea y María, unidas por la adversidad: una travesía que unió destinos

Este capítulo desarrolla uno de los ejes centrales del análisis contrafáctico: la hipótesis de que Andrea Morales pudo haber estado presente (y/o asistiendo) en el nacimiento de José Gervasio Artigas.

Para sustentar esta conjetura, se toma como punto de partida la estrecha relación que debió haberse forjado entre Andrea y María Rodríguez Camejo, abuela materna de Artigas, desde el viaje conjunto que emprendieron desde Tenerife hasta Montevideo en 1729.

Durante aquella travesía, y en los años posteriores, ambas mujeres construyeron un vínculo de amistad y solidaridad que trascendió el mero compañerismo. La prueba más elocuente de esa cercanía fue el madrinazgo de Andrea en el bautismo de Francisca, hija de María, lo que revela una relación basada en la confianza y el afecto mutuo.

En las páginas siguientes se reconstruirá el trayecto compartido, las condiciones extremas que enfrentaron y los factores que pudieron consolidar una relación de cooperación y apoyo vital. Comprender cómo se forjó ese lazo permitirá valorar con mayor fundamento la posibilidad de que Andrea Morales haya estado presente en momentos decisivos de la vida familiar de María Rodríguez Camejo, incluido el posible parto materno que vincula su oficio con el linaje de Artigas.

Sabemos que María Rodríguez Camejo (madre de Francisca Antonia, futura madre de Artigas) y Andrea Morales emprendieron juntas el viaje desde Tenerife hasta Montevideo a bordo del San Martín, integradas al segundo contingente de familias canarias que arribaron en 1729. Durante la travesía, ambas mujeres estaban embarazadas y compartieron semanas de privaciones, tanto en alta mar como en tierra, mientras aguardaban en Montevideo la asignación de tierras y vivienda. Todo indica que entre ellas se forjó un lazo de confianza y apoyo mutuo, nacido de las adversidades que debieron afrontar.

El investigador Apolant [4] reproduce una carta del padre jesuita Cayetano Cattaneo, quien retrata con crudeza las condiciones del viaje. Sus descripciones permiten imaginar la fortaleza que debieron tener Andrea y María. Esa fortaleza, se puede inferir, no solo les permitió resistir la travesía, sino que a Andrea, además, le dio la templanza necesaria para desempeñarse como partera en los primeros años del poblamiento de Montevideo.

El trayecto se inició en Santa Cruz de Tenerife. La expedición reunió familias, soldados, clérigos y otros pasajeros, distribuidos en tres navíos: el San Francisco, el San Bruno y el San Martín. Según Apolant [4], citando a Azarola Gil, tras el aprovisionamiento se efectuó la partida el 31 de enero de 1729 rumbo a Montevideo. El San Martín arribó el 27 de marzo de 1729, casi dos meses después.

Al depender enteramente de los vientos, el viaje era imprevisible como refiere el padre Cattaneo [4]:

"... siguiendo el viento favorable... pasamos en pocos días el trópico de Cáncer... una primavera templada... hasta 8 o 10 grados del ecuador, donde comenzó a afligirnos el calor..."

Y más adelante:

"... obtuvimos la gracia de no caer en ninguna de esas tremendas calmas de 20, 30 y 40 días... los rayos caen ardentísimos... la nave permanece inmóvil... se corrompen el agua y las provisiones... enfermedades extrañas..."

También describe:

"... la estrechez de habitaciones y lechos era extrema. Éramos 35 personas hacinadas... el mayor tormento era la sed... el agua distribuida diariamente era tan escasa... algunos llegaban a vender una camisa a cambio de varios vasos... otros ofrecían un par de medias por un solo vaso..."

Sobre los víveres:

"Ojalá hubiera sucedido lo mismo con el bizcocho, del cual era raro el pedazo que no contuviese gusanos. ... estos saltaban sobre la mesa... causaban náuseas y repugnancia..."

Y, finalmente:

"Pero lo más penoso era la multitud indescriptible de pulgas, chinches y, sobre todo, piojos. ... No había espacio para revisar o limpiar la ropa... Las noches... eran un verdadero martirio."

Estas condiciones (el calor insoportable, el hacinamiento, la escasez de agua y alimentos, la presencia constante de insectos) muestran la dureza del viaje y la vulnerabilidad de los pasajeros. En tal entorno, la ayuda mutua no era un gesto ocasional, sino una estrategia de supervivencia.

Se puede suponer que esa solidaridad femenina, nacida entre la desesperanza y la resistencia compartida, no se disolvió al llegar a Montevideo. Años más tarde, Andrea sería madrina de bautismo de Francisca, hija del segundo matrimonio de María, hecho que confirma la persistencia de un lazo de confianza y afecto nacido en las penurias del viaje y mantenido en la nueva tierra.

Asentamiento, oficio y trayectoria de Andrea en Montevideo

La llegada marcó el comienzo de otro trayecto: el del asentamiento, la sobrevivencia y la integración a una comunidad ya establecida, aunque todavía incipiente en su desarrollo.

El padre Cattaneo [4] describía así la precariedad de los primeros asentamientos:

"... al presente no se cuentan más de 3 o 4 casas de ladrillo de un solo piso y otras 50 o 60 cabañas, formadas de cuero de buey, donde habitan las familias venidas últimamente hasta que se fabriquen bastantes para alojarlas."

En 1733, Azarola Gil [2] transcribe una escritura hipotecaria donde describe una casa tipo:

"Una sala y esquina fabricada de piedra y techada con paja, con dieciocho varas de edificio (15,46 metros), toda nueva; otro cuarto edificado de adobe y techado de paja, con nueve varas (7,52 metros); más otra cocina con su despensa y horno, edificada de adobe en diez varas (8,35 metros), techo de paja y cercado su patio de piedra, con puerta y llave..."

Las descripciones de Cattaneo y Azarola Gil [2, 4] reflejan el duro escenario que encontró Andrea al llegar: un poblado reducido, con viviendas de cuero, adobe o paja, y una vida marcada por la escasez y la incomodidad. En esas condiciones precarias, debió adaptarse y abrirse camino en una comunidad que apenas comenzaba a consolidarse.

Andrea recibió un terreno concedido por las autoridades, y su primera vivienda fue un rancho modesto de adobe, piedra y techo de paja en la esquina de las actuales calles Buenos Aires y Treinta y Tres (entonces denominadas San Sebastián y San Joaquín) con orientación noreste.

Con sus tres hijos se asentó en Montevideo y nació Antonio, bautizado en octubre de aquel año bajo fórmula de "padres desconocidos" (fórmula común en casos de viudez). Este niño, con seis días de edad, fue bautizado como Antonio, el 19 de octubre de 1729, en la Iglesia Matriz de la ciudad, según consta en el archivo catedralicio [5].

El acta de defunción posterior confirma que Andrea era la madre, lo cual revela la condición social compleja de su llegada.

"En esta Parroquia de Nuestra Señora de la Concepción de esta nueva ciudad de San Phelipe de Montevideo en doce de noviembre de mil setecientos veinte y nueve ... Fray Marcos Luis de Toledo, cura de esta Parroquia, enterré a Antonio, angelito, hijo de no padres conocidos. Su madre Andrea de Morales de que de ello doy fe. Fray Marcos Luis de Toledo" [6].

Su historia no solo revela una dimensión profundamente humana del proceso migratorio, sino también la fortaleza de tantas mujeres que, como ella, entregaron cuerpo y alma en la fundación de nuevas sociedades.

Durante las décadas siguientes, Andrea contrajo segundas nupcias (1730) con Juan Mateo de Ceballos y tuvo cuatro hijos más. Una de sus hijas, Juana Ceballos Morales, sería abuela de Carmelo Colman, uno de los Treinta y Tres Orientales (grupo de patriotas que lucharon por la independencia uruguaya en 1825, rebelándose contra el dominio brasileño).

Tras enviudar nuevamente, en un expediente judicial de julio de 1763 [7], declaró:

"De 50 años de edad, natural de Santa Cruz de Tenerife, viuda, vive de su oficio de partera."

Andrea Morales falleció a la edad de 57 años, el 25 de septiembre de 1767, tras 38 años de residencia en Uruguay.

Andrea Morales y el nacimiento de Artigas

El propósito de esta sección es articular el marco familiar, documental, espacial y social que sustenta la hipótesis de que Andrea Morales pudo haber participado, directa o indirectamente, en el nacimiento de José Gervasio Artigas (19 de junio de 1764), ocurrido en la casa de su abuela materna, María Rodríguez Camejo.

Con ese objetivo, esta parte desarrolla los siguientes aspectos: en primer lugar, se examina la ascendencia materna de Artigas y se analiza el acta bautismal de Francisca Antonia, donde figura una "Cathalina Morales" como madrina; en segundo término, se presta especial atención al uso del apellido materno; en tercer lugar, se describe el espacio físico de la casa natal en Montevideo para contextualizar

el ambiente doméstico en que pudo producirse el parto; y finalmente, se revisa la partida bautismal de Artigas y el entorno familiar y social inmediato, con atención al posible papel de Andrea Morales.

Cada capítulo busca enlazar los vínculos familiares, el entorno y las prácticas sociales con la posibilidad histórica de la presencia de Andrea en el momento del alumbramiento.

Los abuelos maternos de Artigas fueron Felipe Santiago Pasqual Arnal (originario de Aragón, nacido en 1717) y María Rodríguez Camejo, oriunda de La Laguna, Tenerife. María arribó a Montevideo el 27 de marzo de 1729 a bordo del San Martín, formando parte del segundo contingente de colonos canarios. Viajaba con su primer esposo, Francisco Luis, y sus tres hijos: Francisco, María y Josefa de la Encarnación. En la nueva tierra nacieron dos hijos más: Leonor y José Antonio. Tras la muerte de Francisco Luis, el 4 de agosto de 1741, María contrajo nuevo matrimonio con Felipe Pasqual Arnal el 28 de agosto de ese mismo año, y de esa unión nació su hija única, Francisca Antonia, el 18 de febrero de 1743, como reza su partida bautismal conservada en la Iglesia Matriz [8]:

"El día diez y nueve de febrero de mil setecientos cuarenta y tres bauticé puse óleo y crisma a Francisca Antonia, hija legítima de Phelipe Pasqual y de María Rodríguez de un día de edad. Fueron sus padrinos Francisco Castellano y Cathalina Morales. Firma: Dr. Barrales".

Este dato introduce una cuestión fundamental para esta investigación: el nombre Cathalina Morales como madrina. No hemos encontrado registro confiable de otra mujer con ese nombre en los padrones de pobladores ni en los archivos parroquiales, salvo la figura de Andrea Morales. En vista de ello, es plausible que *Cathalina Morales* sea una variante errónea, una corrupción de escritura, o una forma incorrecta registrada por el amanuense, y que en realidad se trate de Andrea Morales actuando como madrina. Esa posibilidad refuerza la hipótesis de un lazo especial entre María y Andrea.

Tras una exhaustiva revisión de los registros reunidos por Apolant en *Génesis de las familias uruguayas y Padrones olvidados de Montevideo del siglo XVIII*, no se halló mención alguna a una mujer llamada Cathalina Morales, lo que refuerza la hipótesis del error de transcripción.

Apolant [9], en uno de sus trabajos, analiza las prácticas documentales del siglo XVIII: muchas partidas bautismales se consignaban primero en borradores o cuadernos provisionales y luego se transcribían a los libros parroquiales en fechas posteriores. Ese procedimiento introducía un margen de error en nombres, fechas o identidades. Bajo ese prisma, el error "Cathalina Morales" adquiere plausible explicación como una variación de transcripción por parte del sacerdote que asentó la partida.

Es importante destacar que, dentro de la sociedad colonial, el rol de madrina no era meramente decorativo: implicaba responsabilidades litúrgicas, afectivas y sociales. Ser madrina conlleva compromiso ritual, espiritual y comunitario, y las familias escogían personas de reputada confianza y cercanía para ese encargo. Por esa razón, que Andrea Morales figure (con un nombre deformado) en esa posición conlleva un valor simbólico significativo para la cercanía entre ambas mujeres.

De acuerdo con la doctrina católica, según el Concilio de Trento y el derecho canónico vigente, en situaciones de urgencia incluso la partera podía administrar el bautismo con plena validez. Esa normativa reconocía un lazo espiritual perdurable, otorgando legitimidad al padrinzago, aun en circunstancias extraordinarias. En comunidades como la de Montevideo, relativamente pequeña, en proceso de formación y sin una estructura de atención obstétrica establecida, las parteras asumían un rol central no solo sanitario, sino también espiritual.

Por consiguiente, el hecho de que Andrea Morales figure como madrina y, al mismo tiempo, sea la única partera identificada en Montevideo durante ese periodo, refuerza la hipótesis de que pudo haber asistido el parto de esa criatura.

Esta coincidencia difícilmente puede considerarse fortuita: constituye un indicio histórico de notable valor interpretativo, especialmente cuando se conjuga con otros factores, como su proximidad vecinal con la familia de María, el origen compartido en Tenerife y la confianza implícita que esa relación materna alternativa sugiere.

En relación con María, el investigador [4] plantea que también podría haber estado embarazada, presuntamente de su hija Leonor, aunque no existen registros directos del nacimiento de esta niña y las fuentes difieren respecto a su lugar de origen. Esta falta de certezas, lejos de debilitar la hipótesis, ayuda a dimensionar la complejidad de las circunstancias del viaje.

Aunque no pueda afirmarse con seguridad que María viajara embarazada, las condiciones de la travesía (dos meses de navegación en un espacio reducido y compartido por pocas familias) hacen verosímil que ambas mujeres establecieran una relación de cercanía. La espera previa al embarque en Santa Cruz de Tenerife, junto con la necesidad de cooperación entre mujeres en situación de vulnerabilidad (una viuda y partera, la otra madre joven, posiblemente en estado de gravidez), refuerza la idea de una solidaridad nacida de la experiencia compartida.

Si bien no existen pruebas documentales directas de ese vínculo personal, más allá del padrinzago de la hija Francisca, la coincidencia de sus trayectorias vitales sugiere una relación de apoyo mutuo durante la travesía y en el proceso de asentamiento en Montevideo.

Los padres de Artigas fueron Martín José Artigas Carrasco, nacido en Montevideo en 1733, y Francisca Antonia Pasqual (Rodríguez), nacida en 1743 también en Montevideo. Ambos eran criollos de la jurisdicción del Río de la Plata, casados en 1757 y tuvieron seis hijos, José Gervasio (1764), sería el tercero de estos. El escenario de su nacimiento fue la casa de sus abuelos maternos, ubicada en la esquina de las actuales calles Cerrito (en la época De la Fuente, en 1778 San Luis) y Colón (en 1778 San Benito). Esa vivienda, aunque modesta, tenía características funcionales que permiten imaginar el entorno doméstico en que pudo producirse el parto.

Hacia 1762 se edificó una segunda vivienda en el fondo del mismo terreno, destinada al matrimonio de Martín José Artigas y Francisca Antonia Rodríguez, lo que permitió que convivieran en la misma propiedad, aunque en espacios diferenciados.

En la partida de bautismo de Artigas, se lee [10]:

"Día 19 de junio de 1764, nació José Gervasio, hijo legítimo de D. Martín José Artigas y de Doña Francisca Antonia Arnal, vecinos de esta ciudad de Montevideo; y yo el Dr. Pedro García lo bauticé en la iglesia parroquial de dicha ciudad el 21 del expresado mes y año. Fue su padrino D. Nicolás Zamora. Firma: Dr. Pedro García".

El día de nacimiento coincide con la festividad católica de San Gervasio, lo que explicaría la elección de su segundo nombre, como era costumbre en las familias católicas de la época.

Cabe aclarar que, en ese momento, la Iglesia Matriz era una construcción modesta de ladrillo colonial. La piedra fundamental de la actual Catedral Metropolitana se colocaría recién en el año 1790, por lo que el templo en el que fue bautizado Artigas era mucho más rudimentario en comparación con el edificio que hoy se conoce.

Para esta investigación resulta relevante señalar que Martín José, el padre de Artigas, no poseía propiedades urbanas y pasaba largos periodos fuera de Montevideo dedicado a las tareas rurales en las estancias. Durante esas ausencias, su esposa e hijos permanecían en la ciudad.

Por esa razón, es verosímil que la vivienda del matrimonio se levantara en el terreno perteneciente a Felipe Pasqual Arnal y María Rodríguez Camejo, quienes poseían una finca en la esquina de Cerrito y Colón. Esta circunstancia explicaría también que Francisca Antonia diera a luz allí, en la casa de su madre.

En este contexto histórico y familiar resulta relevante destacar la presencia de personas esclavizadas en los hogares de la época, destinadas tanto a las tareas domésticas como a los trabajos de campo.

En el acta matrimonial de 1756, se registra la unión de Antonio y Phelipa, ambos identificados como esclavos propiedad de Felipe Pasqual Arnal [11]. Los indicios permiten suponer que Phelipa desempeñaba labores domésticas dentro de la casa familiar. En el mundo colonial era común que mujeres esclavizadas con experiencia en partos actuaran como ayudantes o comadronas, colaborando en los alumbramientos.

Por ello, en el entorno inmediato de la vivienda de los abuelos maternos de Artigas existía una posibilidad concreta de que Phelipa hubiera participado en el parto, junto a Andrea Morales y/o otras mujeres del círculo familiar.

No obstante, entre las figuras femeninas que pudieron asistir al parto (la madre, la esclava o las mujeres del entorno doméstico) destaca la hipótesis de la participación de Andrea Morales, no solo por el vínculo personal ya analizado (el madrinazgo de Francisca) y la proximidad relacional y simbólica entre ambas mujeres, sino también por su condición de partera experimentada, reconocida en el medio local.

Esta confluencia de factores (personales, profesionales y sociales) otorga mayor consistencia a la posibilidad de que Andrea haya intervenido en el nacimiento de Artigas, en coherencia con los elementos familiares y espaciales desarrollados en los capítulos precedentes.

La herencia canaria de la partería en el Río de la Plata colonial

La figura de la partera tradicional constituye un pilar fundamental en la historia de la atención obstétrica en contextos donde la medicina formal era escasa o inaccesible. Durante los siglos XVII y XVIII, tanto en las Islas Canarias como en los territorios coloniales del Río de la Plata, el saber empírico femenino, transmitido de mujer a mujer, fue la base de la asistencia al parto.

Esta parte examina, en primer lugar, cómo se formaban las parteras en Canarias bajo esa tradición empírica; en segundo término, cómo ese legado de saberes femeninos encontró su continuidad en el Río de la Plata, en nuestro caso, en Montevideo; y, finalmente, cómo ese marco permite situar a Andrea Morales como una partera tradicional plausible en dicho contexto, reforzando la hipótesis de su posible intervención en el nacimiento de Artigas.

Así, el itinerario de la partería desde Canarias hasta el Río de la Plata permite comprender la raíz cultural del oficio que Andrea Morales representó en la naciente Montevideo.

La práctica de la partería en las Islas Canarias hacia finales del siglo XVII, como en toda España, se sostenía en conocimientos transmitidos directamente entre mujeres, sin educación formal:

“La formación de las parteras en las Islas Canarias ... era eminentemente práctica y se transmitía de manera informal, sin una estructura educativa formalizada ... las aspirantes aprendían el oficio principalmente a través de la experiencia directa, trabajando junto a parteras experimentadas o en el entorno doméstico” [12].

Aunque existían manuales europeos de obstetricia, su circulación era muy limitada entre las mujeres en Canarias por razones de alfabetización y de acceso a los textos. De hecho, a las parteras, que desde al menos el siglo XIII en España habían sufrido numerosas regulaciones para su ejercicio, no se les empieza a impartir y exigir instrucción formal hasta 1787 a través de los Colegios de Cirugía, empezando por el de Madrid [13].

Estas redes femeninas (madres, cuñadas, comadres, vecinas) funcionaban como verdaderas escuelas vivas del oficio obstétrico. En ellas se combinaban la práctica, el consejo oral, la observación directa y la confianza comunitaria. Según Martínez Rojo [12], el perfil social usual de una partera incluía mujeres maduras, a menudo viudas o con hijos propios. Por su parte, Teresa Ortiz Gómez sostiene que hasta el siglo XVIII la partería “no regulada” era una práctica ancestral: “Las matronas aprendían muchas veces con otras mujeres de su familia, de manera informal...” [14].

Este contexto canario establece, por tanto, el fundamento de una cultura obstétrica no institucional que, al emigrar al Nuevo Mundo, permitió que las parteras sin credenciales formales continuaran ejerciendo su oficio y mantuvieran viva una tradición femenina esencial.

Parteras en Montevideo colonial: precariedad, necesidad y oficio empírico

Cuando la Corona española envió colonos a América, aquellas mujeres trajeron consigo no solo sus costumbres y valores, sino también un valioso acervo de conocimientos obstétricos domésticos. En el Río de la Plata, la situación de los primeros pobladores era de extrema precariedad: no había médicos al servicio de la población civil, pues su atención estaba reservada exclusivamente al ámbito militar, los materiales eran escasos, los hogares estaban dispersos y las condiciones sanitarias resultaban muy frágiles. En ese contexto, las parteras tradicionales desempeñaron un papel esencial e insustituible.

“Durante siglos, las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba ‘mujeres sabias’, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral” [15].

En las villas coloniales, como Montevideo, los nacimientos se desarrollaban en el ámbito doméstico [16]:

“Se nacía en el lecho de la madre, asistida por una partera y ante la expectativa de los familiares. La madre embarazada no tenía el recurso de un médico ni de una literatura que la instruyera. La comprensión de su estado y de los cuidados que debía tener le eran dados por las mujeres mayores”.

En estos contextos, el oficio de la partera era vital. No contaban con instrumentos avanzados ni respaldo institucional: utilizaban aceites, plantas medicinales, masajes y técnicas manuales aprendidas por experiencia, además de la confianza social necesaria para acceder al ámbito íntimo del parto.

Este modelo tradicional se ha documentado también en otros territorios latinoamericanos. El concepto de *partería tradicional* describe a aquellas mujeres sin formación científica formal que brindaban atención materna basada en saberes ancestrales: las parteras ocupaban posiciones de suma importancia social, actuaban en múltiples papeles (asesoras, sanadoras comunitarias, cuidadoras de recién nacidos) y, en ocasiones, debían negociar su legitimidad frente a las autoridades [17].

Ese escenario latinoamericano comparte rasgos con el caso rioplatense: el oficio no reconocido oficialmente, la dependencia del saber empírico y la centralidad local de las mujeres sabias.

Andrea Morales, paradigma de la partería tradicional

En el contexto sanitario y obstétrico en Montevideo colonial del siglo XVIII los recursos eran limitados y no siempre llegaban al ámbito doméstico, aunque el Estado colonial aspiraba a dotar de servicios sanitarios básicos a los pobladores.

Según José Portillo [18], en los primeros años de Montevideo, el ideal sanitario implicaba contar con cirujanos y farmacéuticos, pero en la práctica esos profesionales actuaban en situaciones de urgencia o para el ámbito militar, no para los partos domésticos comunes.

En contraste, los nacimientos se realizaban casi siempre en el hogar, asistidos por mujeres de la comunidad: parteras tradicionales, comadronas o mujeres con experiencia local. No existía un sistema obstétrico formal en ese tiempo, por lo que la atención al parto dependía de saberes empíricos femeninos profundamente arraigados en la comunidad.

Ese escenario abre la posibilidad de que la asistencia al parto del futuro Artigas haya recaído en una mujer ya establecida en Montevideo con oficio reconocido de partera tradicional.

Apolant [4] reunió datos sobre las parteras que figuran identificadas en los registros de Montevideo desde los primeros años del asentamiento y su relevancia para 1764. Entre ellas destacan cinco figuras: Andrea Morales, María Álvarez Herrera y Trujillo, Sebastiana Montenegro (alias "La Cerdeña"), Ana María Huet y Margarita Alvarado. De cada una se han analizado las evidencias que permitan determinar si podían encontrarse en condiciones plausibles de asistir un parto en 1764 o, por el contrario, si deben ser descartadas, estudio que, por cuestión de espacio, no se incluye en este artículo; sin embargo, se concluye de este estudio que todas ellas han sido descartadas por diferentes razones y Andrea Morales es la única viable de acuerdo con cronología, radicación y oficio ejercido, para haber asistido el nacimiento de José Gervasio Artigas.

Dentro de este marco, la figura de Andrea Morales cobra especial relevancia. Cuando los primeros colonos canarios llegaron a Montevideo, en 1729, trajeron consigo no solo familias, sino también saberes prácticos del Viejo Mundo. En un expediente conservado en el Archivo General de la Nación, Andrea declara ser "de oficio partera", lo que la inscribe formalmente en esa tradición no regulada, pero socialmente valiosa [19].

Aunque no existe un documento que confirme que Andrea asistiera al nacimiento de Artigas en 1764, esa posibilidad gana verosimilitud si se cruzan los datos: su oficio, su vecindad con María Rodríguez Camejo (abuela materna de Artigas), su madrinazgo con Francisca, hija de la anterior y madre de Artigas, su llegada temprana al Río de la Plata y su trayectoria continuada como partera.

Investigadores uruguayos como Pou-Ferrari y Pons [20] afirman que:

"Durante la época colonial ya trabajaban en nuestro territorio parteras europeas. Junto con las primeras corrientes colonizadoras, llegó al territorio nacional una mujer, Andrea de Morales, quien arribó en marzo de 1729 en el navío San Martín, integrando la segunda inmigración canaria, conformada por treinta familias".

Ese testimonio documental refuerza la presencia temprana de mujeres parteras en el territorio rioplatense. En su estudio describen cómo esas parteras locales operaban con saber empírico, sin reconocimiento formal, pero con una función social fundamental.

Andrea encarna muchas de las cualidades de la partera tradicional: mujer con experiencia, formada en la práctica, respetada localmente y cuya labor resultó trascendental para su comunidad.

El reconocimiento simbólico

En 1991-1992, las autoridades de Montevideo resolvieron

designar una calle en su honor, Andrea de Morales, como reconocimiento simbólico a su condición de primera partera de la ciudad.

La Comisión de Nomenclatura de la Intendencia Municipal de Montevideo, mediante la resolución N° 7.365 del 16 de diciembre de 1991, lo propuso y la Junta Departamental de Montevideo, mediante el Decreto N° 25.297 del 9 de junio de 1992, estableció oficialmente dichas denominaciones. En su artículo 5° se designa con el nombre de Andrea de Morales a la calle anteriormente identificada como calle B, ubicada en el barrio Piedras Blancas.

Esa designación no fue un simple trámite administrativo: significó el reconocimiento institucional de una mujer cuya labor, casi tres siglos después, se incorpora al patrimonio histórico y simbólico de Montevideo. Con ello, su nombre quedó inscrito en el espacio público como testimonio perdurable de la primera partera de la ciudad y de su lugar en el relato fundacional.

Discusión

Consideraciones finales: de la hipótesis a la plausibilidad

Integración de los hallazgos previos

Tras haber explorado la genealogía materna, las relaciones vivenciales del viaje, la formación de la partería y la evaluación de candidatas, esta sección reúne esas evidencias en un cierre argumentativo. Su propósito no es únicamente recapitular, sino integrar los hallazgos anteriores en una conclusión interpretativa que permita valorar la plausibilidad histórica de la hipótesis planteada: la posible intervención de Andrea Morales García en el nacimiento de José Gervasio Artigas.

Aquí se sintetizan los apoyos más sólidos que sostienen dicha posibilidad, al tiempo que se reconocen los límites metodológicos propios de una reconstrucción fundada en inferencias, descartes y vínculos sociales documentados.

Síntesis de fundamentos: jerarquía de evidencias

Los argumentos más relevantes se presentan a continuación, organizados según su grado de solidez documental y su valor interpretativo. Esta jerarquía de evidencias permite evaluar el conjunto desde los datos verificables hacia las inferencias relacionales y contextuales que refuerzan la plausibilidad del caso.

Evidencias documentales y reconocimiento profesional

a) Ausencia de otras parteras en Montevideo en 1764

Ninguna de las demás mujeres identificadas (María Álvarez, Sebastiana Cerdeña, Ana María Huet o Margarita Alvarado) reúne simultáneamente las condiciones de

cronología, residencia y actividad correspondientes a ese año en la ciudad. Esta exclusión sistemática refuerza la probabilidad de que Andrea Morales fuera la única partera activa en Montevideo en ese momento.

b) Reconocimiento histórico de Andrea como partera de Montevideo

El hecho de que una calle lleve su nombre y que su oficio figure en documentos históricos otorga a Andrea una presencia simbólica y social destacada. Este reconocimiento, tanto institucional como en la memoria urbana, la consolida como referente obstétrico en el Montevideo colonial.

Vínculos biográficos y redes de confianza

a) Travesía compartida y lazos de solidaridad femenina

Haber viajado juntas desde Canarias en condiciones extremas sugiere la formación de una relación de apoyo mutuo, que pudo cimentar la confianza necesaria para asistir al parto de la hija de María.

b) Madrinazgo de Francisca Antonia

El hecho de que Andrea fuera madrina de bautismo de la madre de Artigas constituye un testimonio simbólico de cercanía espiritual y social, propio de vínculos estrechos dentro de comunidades pequeñas.

c) Proximidad geográfica en el Montevideo inicial

La condición de vecinas, en una ciudad aún reducida y de límites imprecisos, hacía altamente probable que Andrea fuera convocada en caso de parto dentro del entorno familiar, de acuerdo con las costumbres de la época.

Antecedentes comunes e indicios contextuales

a) Origen compartido en Tenerife

Que ambas mujeres fueran naturales de la misma ciudad isleña refuerza la hipótesis de un lazo previo de identidad y pertenencia, posiblemente anterior incluso al viaje hacia América.

b) Coincidencia de embarazos durante la travesía

El hecho de que ambas viajaran embarazadas incrementa la plausibilidad de que Andrea ejerciera su oficio durante el trayecto, participando en los nacimientos ocurridos a bordo y consolidando desde entonces su práctica como partera en el nuevo asentamiento.

Conclusiones

Ante este conjunto jerarquizado de evidencias se puede afirmar lo siguiente:

- Los demás nombres de parteras documentados quedan descartados por razones cronológicas, geográficas o de evidencia insuficiente.

- Andrea Morales es la única mujer capaz de cumplir todos los criterios: residencia en Montevideo en 1764, oficio obstétrico reconocido, relaciones sociales previas con la abuela materna, madrinazgo de la madre de Artigas, vecindad y proximidad suficiente para asistir al momento del parto.

- En virtud de los protocolos de parto doméstico de la época, de la ausencia de médicos especializados para nacimientos íntimos y del papel que las "mujeres sabias" cumplían, resulta altamente plausible que Andrea estuviera presente, ya sea asistiendo directamente a Francisca Arnal o colaborando con la esclava Phelipa o con la mujer que realizó el parto.

- Cabe notar, sin embargo, que no poseemos un acta contemporánea que nombre explícitamente a la partera presente. Esta reconstrucción se basa en inferencias documentales, descartes sistemáticos y redes personales. La conclusión debe entenderse, por tanto, como una propuesta con alta plausibilidad histórica, no como una afirmación de certeza absoluta.

- A partir de la evidencia reunida, el nacimiento de Artigas se propone como una recreación narrativa de alta verosimilitud que sitúa al lector en la vida cotidiana de aquel día 19 de junio de 1764, cuando Andrea Morales pudo haber estado presente en el nacimiento de José Gervasio Artigas:

"... la amiga, vecina y reconocida partera, Andrea Morales, cruza la puerta de la casa situada en la esquina de la calle De la Fuente (hoy Cerrito) y San Benito (actual Colón), sabe lo que debe hacer. La experiencia acumulada en numerosos partos la guía con seguridad. Actúa con precisión y serenidad, consciente de cada paso en el proceso del parto.

El llanto del recién nacido confirma que todo ha salido bien, y la partera realiza las tareas habituales: limpia al niño, corta el cordón, lo envuelve y lo entrega a la madre."

Su gesto tranquilo basta para comunicar que el alumbramiento ha concluido con éxito.

En esa escena íntima, compartida entre Francisca, María y Phelipa, se concentra un saber transmitido de generación en generación.

No es una recreación arbitraria; esta imagen se apoya en la coherencia documental, cronológica y relacional que el estudio ha expuesto. De allí surge la convicción de que Andrea Morales García, primera partera de Montevideo, estuvo probablemente presente en aquel nacimiento, uniendo su historia personal a la de quien llegaba al mundo para ocupar un lugar central en la vida del país.

Así, más allá de la falta de testimonio directo, los indicios y las coherencias permiten situarla como figura significativa en aquel acontecimiento fundacional.

Su presencia (silenciosa, sin registro, pero esencial) enlaza la historia de una mujer con los comienzos de una nación.

Agradecimientos

Deseo expresar mi profundo agradecimiento a mi estimado y apreciado profesor Enrique Yarza, por su orientación generosa y su permanente estímulo intelectual; al profesor José Antonio González Marrero, de la Universidad de La Laguna (Tenerife), por su valiosa colaboración y aportes al contexto histórico de esta investigación; al Padre Ángel Luis Pérez González, Vicario Episcopal de Tenerife, por su amable disposición y su apoyo institucional para la consulta de fuentes y documentos vinculados a esta obra; a Rosa María Plata Quintanilla, presidenta de la Asociación Española de Matronas, por su interés, apoyo y sensibilidad hacia el valor histórico de las primeras parteras en el ámbito hispano; y a Esperanza Anaya Reina, responsable del Archivo Municipal de Sanlúcar de Barrameda, por la invaluable información aportada sobre los antepasados de Andrea Morales García y sus vínculos familiares en dicha ciudad.

NOTA: este trabajo forma parte de un extenso trabajo con importante anexo documental que, por razones de espacio, el autor ha resumido para esta revista en primicia, centrándose en la figura de Andrea Morales como partera y su importante legado a la partería colonial de Uruguay, dada la temática de esta edición.

Para acceder al trabajo completo titulado originalmente *Andrea Morales, partera de Artigas* pinche en el siguiente [enlace](#).

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Hernández González MH. La emigración canaria al Uruguay a través de la historia. Catharium [internet] 2023 [citado 29 dic 2025]; 20:25-38. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/371450127_La_emigracion_canaria_al_Uruguay_a_traves_de_la_historia
- [2] Azarola Gil E. Los orígenes de Montevideo 1607-1749 [internet]. Buenos Aires: Librería y Editorial "La Facultad"; 1933 [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://archive.org/details/los-origenes-de-montevideo-1607-1749-luis-enrique-azarola-gil-1933/page/14/mode/2up>
- [3] Archivo Eclesiástico de la Arquidiócesis de Montevideo. Párrroquia de la Inmaculada Concepción y San Felipe y Santiago de Montevideo, Iglesia Matriz. Libro Primero de Bautismos. Partidas de bautismo. 8 abril 1729.
- [4] Apolant JA. Génesis de la Familia Uruguay. Tomos I, II, III. Montevideo: Librería Adolfo Linardi; 1975.
- [5] Archivo Eclesiástico de la Arquidiócesis de Montevideo. Párrroquia de la Inmaculada Concepción y San Felipe y Santiago de Montevideo, Iglesia Matriz. Libro Primero de Bautismos. Partida Bautismo, folio 10. Año 1729.
- [6] Archivo Eclesiástico de la Arquidiócesis de Montevideo. Párrroquia de la Inmaculada Concepción y San Felipe y Santiago de Montevideo, Iglesia Matriz. Libro Primero de Defunciones. Año 1729.
- [7] Archivo General de la Nación de Uruguay (AGN). Expedientes Judiciales. Juzgado 1°. Paquete 1763, Legajo 32.
- [8] Archivo Eclesiástico de la Arquidiócesis de Montevideo. Párrroquia de la Inmaculada Concepción y San Felipe y Santiago de Montevideo, Iglesia Matriz. Partida bautismal de Francisca Antonia Rodríguez, Libro Primero de Bautismos, folio 37v/38.
- [9] Apolant JA. La partida bautismal de José Gervasio Artigas. ¿Auténtica o apócrifa? Impr. Letras, (1966). Internet Archive [internet] [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://archive.org/details/la-partida-bautismal-de-jose-gervasio-artigas-apocrifa-o-verdadera-juan-alejandro-apolant>
- [10] Archivo Eclesiástico de la Arquidiócesis de Montevideo. Párrroquia de la Inmaculada Concepción y San Felipe y Santiago de Montevideo, Iglesia Matriz. Registros Parroquiales. Libro Primero de Bautismos. Acta de Bautismo de José Gervasio Artigas. 1764.
- [11] Archivo Eclesiástico de la Arquidiócesis de Montevideo. Párrroquia de la Inmaculada Concepción y San Felipe y Santiago de Montevideo, Iglesia Matriz. Registros Parroquiales. Libro Primero de Matrimonios. Expediente Matrimonial, 1756.
- [12] Martínez Rojo C. La Profesión Matrona a través de Manuales Escritos por Parteras Europeas del Siglo XVII [internet]. Murcia: Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia; 2014. [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://portalinvestigacion.um.es/documentos/5f0500b2299952466642fda1>
- [13] Real Cédula de S.M. y señores del Consejo, en que se aprueban y mandan observar las ordenanzas formadas para el gobierno económico y escolástico del Colegio de Cirugía establecido en Madrid con el título de San Carlos. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes [internet] [citado 29 dic 2025].

Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/obra/real-cedula-de-sm-y-senores-del-consejo-en-que-se-aprueban-y-mandan-observar-las-ordenanzas-formadas-para-el-gobierno-economico-y-escolastico-del-colegio-de-cirurgia-establecido-en-madrid-con-el-titulo-de-san-carlos/>

- [14] Ortiz Gómez T. Género y estrategias profesionales. La formación de las matronas en la España del Siglo XVIII [internet]. Granada: Universidad de Granada; 1996. [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/22514/g%C3%A9nero%20y%20estrategias%20profesionales.pdf?sequence=1>
- [15] Ehrenreich B, English D. Brujas, parteras y enfermeras. Historia de las sanadoras. Barcelona: Editorial La Sal, Ediciones de les dones; 1988.
- [16] Rodríguez Jiménez P. La vida doméstica en la Colonia: nacer, casar y morir en casa [internet]. Colombia: Banrepcultural; 2017. Disponible en: <https://www.banrepcultural.org/biblioteca-virtual/credencial-historia/numero-55/la-vida-domestica-en-la-colonia>
- [17] Baez M. Pregnancy, Magic, and Medicine. The Many Roles of Midwives in Eighteenth-Century México [internet]. Norman, Oklahoma: Thesis Masters of Arts; 2017. [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://shareok.org/server/api/core/bitstreams/37ae93fe-566a-4bd9-83f5-65ab6a053260/content>
- [18] Portillo J. Historia de la medicina estatal en Uruguay (1724-1930). Revista Médica del Uruguay [internet] 1995 [citado 29 dic 2025]; 11:5-18. Disponible en: <https://revista.rmu.org.uy/public/journals/2001-1974/articles/1995v1/art2.pdf>
- [19] Archivo General de la Nación de Uruguay (AGN). Expediente judicial José Dueñas. Juzgado 1°, Paquete 1763, Caja 14.
- [20] Pou-Ferrari R, Pons JE. Historia de la Ginecología y la Obstetricia en el Uruguay. Archivos de Ginecología y Obstetricia. [internet] 2012 [citado 29 dic 2025]; 50:1:1-98. Disponible en: <https://ago.uy/publicacion/1/numero/8>



Tu Portal líder en información enfermera en castellano

Colecciones de libros y manuales

Libros y manuales de consulta especializados en contenido enfermero. Obras con ilustraciones de excelente calidad, hiperrealistas y muy detalladas.

Servicios online

Dicen: diario especializado de noticias de actualidad enfermera.

Encuentra: buscador específico de contenidos de enfermería en la red.

Enfertecca: la mayor biblioteca digital de enfermería (+ de 150 libros digitales).

Revistas

Nueve revistas especializadas, 200 artículos nuevos cada año y más de 500 números disponibles.

Formación

Cursos de formación continuada CFC y ECTS de hasta 150 horas.

Programas de posgrado universitarios.



Influencia de los factores epigenéticos en la gestación: consecuencias en la salud materno-fetal

¹ Rocío González García

¹ María Joana Carvalho Da Silva

¹ Enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas). Hospital Materno-Infantil del H. U. R. de Málaga. España.

E-mail: rociogonzalez281199@gmail.com

Fecha de recepción: 9 de abril de 2025.

Fecha de aceptación: 16 de noviembre de 2025.

Cómo citar este artículo:

González García R, Carvalho Da Silva MJ. Influencia de los factores epigenéticos en la gestación: consecuencias en la salud materno-fetal. *Matronas Hoy* 2025; 13(3):36-41.

Resumen

Introducción: la epigenética es la ciencia que estudia cómo los factores ambientales influyen en la activación o desactivación de genes sin alterar la secuencia de ADN, afectando a la salud de los organismos. Sus mecanismos están presentes desde la gametogénesis hasta el desarrollo fetal, relacionando el entorno materno con alteraciones en la salud materno-fetal.

Objetivos: estudiar la repercusión epigenética en el desarrollo fetal en la gestación. Analizar la relación entre el estrés, la nutrición y otros factores externos en la epigenética y sus resultados en la salud materno-fetal.

Metodología: se realizó una revisión sistemática de la literatura usando DeCS, MeSH en bases de datos; se revisaron 32 artículos datados entre 2014 y 2024 en idioma español o inglés.

Resultados: el estrés materno durante el embarazo afecta negativamente en el desarrollo fetal alterando la longitud de los telómeros, la metilación del ADN y las histonas. La nutrición materna, el tabaquismo materno, la exposición a contaminantes y el alcoholismo afectan en la epigenética fetal con efectos que pueden perdurar durante generaciones.

Discusión: la epigenética es clave en el desarrollo fetal ya que regula la relación entre factores genéticos y ambientales, mediada por la salud materna. La nutrición materna, la obesidad o la diabetes influyen en la programación epigenética, afectando el riesgo de enfermedades metabólicas en el futuro. Las matronas tienen un rol importante en la repercusión epigenética durante el embarazo.

Conclusiones: esta ciencia requiere más investigación para comprenderla de forma correcta. Especialmente es preciso fomentar el estudio de medicamentos, drogas, emociones y otros factores ambientales y sus efectos en la salud materno-fetal.

Palabras clave: dieta; memoria epigenética; embarazo; estrés materno matronas; salud materno-fetal.

Abstract

The influence of epigenetic factors on pregnancy: consequences in maternal-fetal health

Introduction: epigenetics is the science that studies the influence of environmental factors on gene activation or deactivation without altering the DNA sequence, affecting the health of organisms. Its mechanisms are present from gametogenesis until fetal development, associating the maternal environment with alterations in maternal-fetal health.

Objectives: to study the impact of epigenetics on fetal development during pregnancy. Also to analyse the connection between stress, nutrition, and other external factors, upon epigenetics and its outcomes in maternal-fetal health.

Methodology: a systematic review of literature using DeCS, MeSH in databases; 32 articles were reviewed, dated between 2014 and 2024, in Spanish or English.

Results: maternal stress during pregnancy has a negative impact on fetal development, altering the length of telomeres, DNA methylation, and histones. Maternal nutrition, maternal smoking, exposure to contaminants, and alcoholism, have an impact on fetal epigenetics, with effects that may persist during generations.

Discussion: epigenetics are key in fetal development, because they regulate the association between genetic and environmental factors, mediated by maternal health. Maternal nutrition, obesity, or diabetes, have an impact on epigenetic programming, causing a risk of future metabolic diseases. Midwives play an important role on epigenetic impact during pregnancy.

Conclusions: this science requires more research for its correct understanding. It is particularly necessary to encourage the study of medications, drugs, emotions, and other environmental factors and their consequences on maternal-fetal health.

Key words: diet; epigenetic memory; pregnancy; maternal stress; midwives; maternal-fetal health.

Introducción

C.H. Waddington (biólogo y embriólogo británico) fue el precursor, y quien dio a conocer, la epigenética gracias a sus investigaciones sobre la repercusión de las influencias ambientales en el desarrollo de los genes de un organismo. En 1942, definió esta ciencia como una "disciplina que estudia los eventos que llevan al desenvolvimiento del programa genético en desarrollo" o "el proceso de desarrollo que media entre el genotipo y fenotipo" [1].

El efecto epigenético prenatal se evidenció por primera vez después de la hambruna de Holanda durante la II Guerra Mundial, donde se mantuvo una dieta de solo 580 kcal/diarias por seis meses. Los niños expuestos durante el primer trimestre de gestación desarrollaron obesidad, enfermedades cardiovasculares y alteraciones psiquiátricas a los 50 años, mientras que los expuestos en el segundo y tercer trimestre presentaron menor peso al nacer, mayor índice de obesidad a los 18 años y padecieron diabetes mellitus tipo II a los 50 años. Además, la descendencia de los hijos varones presentaron mayor peso corporal e índice de masa corporal en la edad adulta, lo cual podría asociarse a un efecto epigenético transgeneracional masculino [2].

La epigenética en sí es el estudio de los mecanismos que controlan cómo y cuándo se activan o desactivan los genes de un organismo, la peculiaridad de estos mecanismos es que no realizan modificación alguna en la propia secuencia de ADN, pero pueden alterar la manera en que el cuerpo expresa un gen [3].

Los mecanismos sobre los que se desenvuelve al epigenética son los siguientes:

- **Metilación del ADN:** agregación de grupos metilo (molécula formada por un átomo de carbono unido a tres átomos de hidrógeno) a las citosinas del ADN.

Este proceso se asocia con la represión de la expresión génica, es decir, la presencia de estos compuestos químicos en ciertas regiones de la cadena de ADN puede "silenciar" o "apagar" la transcripción de un gen. El proceso inverso sería la desmetilación, al eliminar los grupos metilo de las citosinas del ADN, se "activaría" un gen [4-6].

La metilación del ADN juega un papel importante en el desarrollo humano y las enfermedades, y es sensible a las experiencias sociales, como el trauma o estrés [7].

- **Modificación de histonas:** las histonas son proteínas que envuelven el ADN para compactarlo y organizarlo en el núcleo celular. Modificar estas histonas puede influir en algunos segmentos del material genético y así no sean accesibles para expresar los genes que codifican. Este mecanismo puede regular qué genes se pueden encontrar activos y cuáles no [4, 6].

- **ARN no codificante (ARNnc):** tiene diversas funciones en la regulación de los genes de un organismo, bloqueando la traducción del ADN (proceso de síntesis de proteínas a través de ADN) y actuando en la modificación de la cromatina y la regulación de genes [4].

Teniendo la epigenética en cuenta, se puede afirmar que los organismos no están predefinidos por sus genes, sino que los factores externos a un organismo y su comportamiento pueden ejercer como factor clave para modificar la información genética y modificar el correcto desarrollo de un individuo. Esto puede incluso afectar en el desarrollo y la activación de genes que protegen de una enfermedad o por el contrario activando genes que aumentan la susceptibilidad de que aparezca alguna enfermedad en el organismo.

En este artículo se analizarán cómo los mecanismos epigenéticos pueden afectar al correcto desarrollo de un feto en el momento de la gestación y cómo la salud de la madre y del bebé pueden verse afectadas.

Según la bibliografía, se cree que los mecanismos epigenéticos podrían explicar varios tipos de deficiencias en el desarrollo, tales como defectos del tubo neural, trastorno del espectro autista, alteraciones cardiovasculares, alergias y cáncer. Incluso demuestra que ciertos cambios epigenéticos modificados durante la gestación no solo se pueden transmitir al feto, sino que puede transmitirse a futuras generaciones [8].

La placenta también está influida por la epigenética, los factores externos a la mujer gestante pueden afectar a este órgano vital para el buen desarrollo del feto. Las alteraciones en la metilación del ADN placentario pueden desencadenar una expresión génica anómala alterando el intercambio materno-fetal, la protección inmunológica, la producción hormonal y el desarrollo de complicaciones en el embarazo como la preeclampsia y el crecimiento intrauterino retardado [9-11].

Por lo tanto, la evidencia afirma la relación entre los factores ambientales en los que crece un feto y los resultados que tendrá una gestación. En esta investigación se analizarán variables externas al embarazo como el estrés materno, la nutrición y la exposición a agentes externos y cuáles son los resultados que pueden desarrollarse en la diada materno-fetal. Este enfoque permitirá comprender mejor la magnitud de estas alteraciones a nivel genético y sus repercusiones en la salud de la población actual y futura.

Objetivos

El objetivo principal de la siguiente investigación es estudiar la epigenética y su repercusión en el desarrollo fetal y la gestación.

Como objetivo secundario es analizar la relación entre el estrés, la nutrición y otros factores externos en la epigenética y sus resultados en la salud materno-fetal.

Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica actual, para ello se han usado términos DeCS/MeSH. Se han consultado diferentes bases de datos de artículos científicos como Pubmed y TRIP database, usando los operadores booleanos *OR* y *AND*. Se hizo también una búsqueda manual de artículos para poder estudiar en profundidad la definición de la epigenética y sus mecanismos de acción.

Los criterios de inclusión establecidos fueron:

- Literatura relacionada con el tema a estudio y objetivos planteados.
- Estudios en idioma inglés o español.
- Artículos publicados entre 2014 y 2024.

Las palabras utilizadas para la búsqueda fueron *Diet, Epigenetic Memory, Maternal-fetal Relations and Stress* (las mismas en su traducción a idioma español).

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica se eliminaron los artículos duplicados y se realizó un análisis de la calidad de los datos encontrados. Se usó la herramienta CONSRT para revisar ECAS y PRISMA para analizar las revisiones sistemáticas de la bibliografía.

Se revisaron un total de 93 artículos científicos, de los cuales se han usado 32 para este trabajo.

Resultados

Estrés materno y epigenética fetal

Durante el embarazo, el estrés experimentado por la madre puede desencadenar una serie de respuestas fisiológicas y hormonales que no solo afectan su propio bienestar, sino que también tienen implicaciones significativas en el desarrollo y la salud del feto. Esta conexión entre el estrés materno y la salud fetal se basa en una compleja red de interacciones, muchas de las cuales están mediadas por mecanismos epigenéticos [12].

Estudios recientes indican que niveles elevados de cortisol y el estrés durante el embarazo pueden afectar en la longitud de los telómeros fetales, lo que altera la regulación de procesos biológicos. El estrés crónico activa el eje hipotalámico-pituitario-adrenal aumentando los niveles de cortisol, acortando la longitud de estos los telómeros. Los telómeros son secuencias de ADN que se encuentran en

los extremos de los cromosomas protegiéndolos y manteniendo la estabilidad del material genético, la reducción de la longitud de los telómeros conduce a una inestabilidad cromosómica que sirve como predictor de aparición de enfermedades genéticas, envejecimiento celular, trastornos somáticos y psicológicos y muerte temprana [13-18].

Send [16] y su equipo de investigación analizaron la longitud de los telómeros en 319 recién nacidos y 318 madres, observaron que las madres que padecieron estrés durante la gestación tuvieron recién nacidos con telómeros más cortos.

El estrés durante la gestación también afecta en la metilación del ADN fetal, generan efectos duraderos en la expresión génica y desarrollo fetal, y afectan en la salud tanto en la infancia como en la etapa adulta. Estas alteraciones afectan sobre todo al desarrollo neuronal, sistema inmunológico, respuesta al estrés y a la función endocrina. Además, altera la diferenciación celular, influyendo en el destino y la especialización de las mismas. Estos cambios aumentan la susceptibilidad de presentar enfermedades y trastornos del desarrollo [4,14,15].

Por último, la evidencia afirma que el estrés materno puede influir en el correcto funcionamiento de las histonas que organizan las hebras de ADN, alterando así la estructura del ADN fetal y, por tanto, modificando la expresión génica del feto [4].

Es interesante señalar que la herencia epigenética no se adquiere solo durante el periodo de la gestación, sino que puede transmitirse a través de la línea germinal. Esto implica que los cambios epigenéticos derivados del estrés pueden transmitirse a la descendencia por medio de óvulos y espermatozoides [7].

Investigaciones sobre los supervivientes del Holocausto refuerzan esta idea, ya que indican que las secuelas del trauma experimentado se pueden transmitir mediante la herencia epigenética. Un estudio liderado por Yehuda y su equipo [19, 20] determinó que los hijos de sobrevivientes de traumas tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades físicas y mentales.

Estos hallazgos respaldan que la influencia de la epigenética en la salud fetal sobrepasa el desarrollo gestacional, con un impacto intergeneracional significativo.

Relación entre nutrición materna y epigenética

La nutrición materna es clave para el correcto desarrollo fetal, ya que influye en la regulación de la expresión génica y en el adecuado crecimiento del feto [21-23].

El exceso o déficit de los siguientes nutrientes está relacionado con alteraciones en la metilación del ADN e histonas del genoma fetal.

- **Ácido fólico:** la vitamina B₉ ingerida en exceso está relacionada con la presencia de alergias en las primeras etapas de la vida [21, 24].
- **Cianocobalamina:** no existen estudios que aborden directamente el consumo excesivo de vitamina B₁₂ durante el embarazo y los efectos que pudieran alterarse mediante la epigenética, pero sí hay investigaciones sobre dietas ricas en esta vitamina que provocan un aumento de metilación del ADN y alteración de las histonas, modificando la expresión génica y generando cambios permanentes en el desarrollo. Su deficiencia también afecta a la metilación del ADN y contribuye a enfermedades cardiovasculares, neurológicas y trastornos del estado de ánimo [22].
- **Hierro:** su déficit durante el embarazo produce alteraciones en el aprendizaje, memoria y en las conductas socioemocionales, lo que aumenta el riesgo de autismo, depresión y esquizofrenia al ver alterada la metilación del ADN en el hipocampo cerebral [25].
- **Azúcares y glúcidos simples:** el consumo excesivo de fructosa durante el embarazo genera preocupación por sus efectos transgeneracionales. Estudios en modelos animales revelan que afecta al peso al nacer y tolerancia a la glucosa en las crías. También puede alterar al estradiol, hormona clave en la función reproductiva femenina [26].

La desnutrición durante el embarazo puede causar cambios epigenéticos, ya que, como respuesta adaptativa, se activan los mecanismos de conservación de energía y promueven el almacenamiento de grasas en el feto, lo que predispone a la obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, trastornos del desarrollo como esquizofrenia o TDAH [27].

Efecto de otros factores ambientales en la epigenética fetal

La exposición prenatal al tabaquismo materno activo o pasivo se ha asociado en algunos estudios con cambios en la metilación del ADN, desencadenando una función pulmonar más baja, mayor riesgo de asma, cáncer, TDAH, obesidad, diabetes tipo II y bajo peso al nacer. Asimismo, la exposición a productos químicos industriales y contaminantes ambientales, como pesticidas, contribuye a enfermedades del desarrollo por cambios epigenéticos [28, 29].

La exposición prenatal al alcohol es una de las principales causas prevenibles de discapacidad cognitiva a nivel mundial. Se ha demostrado que este daño puede extenderse más allá del individuo, provocando cambios epigenéticos y vulnerabilidad intergeneracional [30].

Por último, en cuanto al consumo de fármacos durante el embarazo, la evidencia es limitada y poco concluyente, según Viuff [31] no se han encontrado evidencias significativas entre el consumo de antidepresivos durante el embarazo y los cambios epigenéticos en el cordón umbilical.

Discusión

Como se ha visto en la presente revisión, la epigenética juega un papel fundamental en el buen funcionamiento y desarrollo de un organismo, especialmente en el embarazo, revelando la complejidad de la interacción entre los factores genéticos y ambientales maternos en el desarrollo fetal.

La nutrición materna adecuada es crucial para proporcionar al feto los nutrientes necesarios para un desarrollo óptimo y para regular la expresión génica a través de mecanismos epigenéticos. Una dieta equilibrada y saludable durante el embarazo puede influir positivamente en la salud y el bienestar a largo plazo del feto.

Por otro lado, condiciones de salud materna como la obesidad y la diabetes gestacional pueden influir en la programación epigenética del metabolismo y la inflamación en la descendencia, lo que podría aumentar el riesgo de enfermedades metabólicas en la vida posterior. Investigaciones recientes han evidenciado que la hiperglucemia materna puede inducir alteraciones epigenéticas en genes implicados en la sensibilidad de la insulina, aumentando el riesgo de obesidad y diabetes tipo 2 en la descendencia [32, 33].

Conclusiones

- La epigenética es una ciencia aún en desarrollo, que requiere más análisis para poder conocer mejor sus mecanismos de acción y sus resultados, se necesitan más estudios encaminados a investigar otros factores externos y su repercusión en el feto.
- Se propone como futura línea de investigación, el estudio del impacto del consumo de medicamentos y drogas durante el embarazo, algunos estudios han abordado el tema, aunque la información relevante es escasa. Dado que la medicalización de la población es un ámbito cada vez más común, es crucial analizar sus efectos en la programación genética fetal.
- También se propone avanzar en el estudio de cómo las emociones maternas pueden influir en la epigenética fetal, especialmente la depresión.
- Otro aspecto planteado a los futuros investigadores sería analizar otros factores ambientales, como el ruido y la contaminación urbanos y sus consecuencias en la epigenética.

- Se propone la aplicación de la epigenética para mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de patologías durante el embarazo que sean originadas por mecanismos epigenéticos.
- Si fuera posible poder detectar los mecanismos epigenéticos mediante análisis sencillos se podría captar a la población con más riesgo de padecer ciertas enfermedades y alargar, o incluso evitar, la aparición de problemas de salud, lo que mejoraría no solo la salud materno-fetal, sino que se podría aumentar la calidad de vida de la comunidad.
- Como profesionales sanitarios existe el deber de educar a la población, en este caso, las matronas pueden conocer esta ciencia y dar información de calidad basada en la evidencia a la población gestante, haciéndolas partícipes de la importancia no solo del cuidado de su propia salud, sino de la repercusión de esta en su descendencia directa, y consecuentemente, en la calidad de vida de las futuras generaciones.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Nicoglou A. Waddington's epigenetics or the pictorial meetings of development and genetics. *Hist Philos Life Sci.* 2018; 27;40(4):61. Doi: <https://doi.org/10.1007/s40656-018-0228-8>
- [2] Mardones L, Villagrán M, Lanuza F, Leiva AM, Troncoso C, Martínez-Sanguinetti MA, et al. La trascendencia de la alimentación prenatal: desde la hambruna holandesa hasta la realidad chilena. *Rev. chil. pediatr.* [internet] 2019 [citado 29 dic 2025]; 90(4):456-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000400456&lng=es
- [3] Gayon J. From Mendel to epigenetics: History of genetics. *C R Biol.* 2016; 339(7-8):225-30. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.crv.2016.05.009>
- [4] Roma Mateo C, Delgado Morales R. La epigenética. Cómo el entorno modifica nuestros genes. Madrid: RBA Libros; 2019.
- [5] Cavagnari BM. Regulación de la expresión génica: cómo operan los mecanismos epigenéticos. *Arch Argent Pediatr.* 2012; 110(2):132-6. Doi: <https://doi.org/10.5546/aap.2012.132>
- [6] García Robles R, Ayala Ramírez PA, Perdomo Velásquez SP. Epigenética: definición, bases moleculares e implicaciones en la salud y en la evolución humana. *Rev. Cienc. Salud* [internet] 2012 [citado 29 dic 2025]; 10(1):59-71. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732012000100006&lng=en
- [7] Mesa-Cornejo VM, Barros-Núñez P, Medina-Lozano C. Metilación del ADN: marcador diagnóstico y pronóstico de cáncer. *Gac Médica México.* [internet] 2006 [citado 29 dic 2025]; 142(1):81-2. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262780070_Metilacion_del_ADN_marcaador_diagnostico_y_pronostico_de_cancer
- [8] Barua S, Junaid MA. Lifestyle, pregnancy and epigenetic effects. *Epigenomics.* 2015; 7(1):85-102. Doi: <https://doi.org/10.2217/epi.14.71>
- [9] Januar V, Desoye G, Novakovic B, Cvitic S, Saffery R. Epigenetic regulation of human placental function and pregnancy outcome: considerations for causal inference. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 213(4 Suppl):S182-96. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.07.011>
- [10] Salmeri N, Carbone IF, Cavoretto PI, Farina A, Morano D. Epigenetics Beyond Fetal Growth Restriction: A Comprehensive Overview. *Mol Diagn Ther.* 2022; 26(6):607-26. doi: <https://doi.org/10.1007/s40291-022-00611-4>
- [11] Jiang L, Chang R, Liu J, Xin H. Methylation-based epigenetic studies and gene integration analysis of preeclampsia. *Ann Transl Med.* 2022; 10(24):1342. Doi: <https://doi.org/10.21037/atm-22-5556>
- [12] Palma-Gudiel H, Córdova-Palomera A, Eixarch E, Deuschle M, Fañanás L. Maternal psychosocial stress during pregnancy alters the epigenetic signature of the glucocorticoid receptor gene promoter in their offspring: a meta-analysis. *Epigenetics.* 2015; 10(10):893-902. Doi: <https://doi.org/10.1080/15592294.2015.1088630>
- [13] Marchetto NM, Glynn RA, Ferry ML, Ostojic M, Wolff SM, Yao R, Haussmann MF. Prenatal stress and newborn telomere length. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 215(1):94.e1-8. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.01.177>
- [14] Lin J, Epel E. Stress and telomere shortening: Insights from cellular mechanisms. *Ageing Res Rev.* 2022; 73:101507. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101507>
- [15] Quinn EB, Hsiao CJ, Maisha FM, Mulligan CJ. Prenatal maternal stress is associated with site-specific and age acceleration changes in maternal and newborn DNA methylation. *Epigenetics.* 2023; 18(1):2222473. Doi: <https://doi.org/10.1080/15592294.2023.2222473>
- [16] Send TS, Gilles M, Codd V, Wolf I, Bardtke S, Streit F, et al. Telomere Length in Newborns is Related to Maternal Stress

- During Pregnancy. *Neuropsychopharmacology*. 2017; 42(12):2407-13. Doi: <https://doi.org/10.1038/npp.2017.73>
- [17] Ylhävä J, Pedersen NL, Hägg S. Biological Age Predictors. *EBioMedicine*. 2017; 21:29-36. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2017.03.046>
- [18] Lister-Shimauchi EH, McCarthy B, Lippincott M, Ahmed S. Genetic and Epigenetic Inheritance at Telomeres. *Epigenomes*. 2022; 6(1):9. Doi: <https://doi.org/10.3390/epigenomes6010009>
- [19] Szyf M. The epigenetics of perinatal stress. *Dialogues Clin Neurosci*. 2019; 21(4):369-78. Doi: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.4/mszyf>
- [20] Yehuda R, Daskalakis NP, Lehrner A, Desarnaud F, Bader HN, Makotkine I, et al. Influences of maternal and paternal PTSD on epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor gene in Holocaust survivor offspring. *Am J Psychiatry*. 2014; 171(8):872-80. Doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13121571>
- [21] McStay CL, Prescott SL, Bower C, Palmer DJ. Maternal Folic Acid Supplementation during Pregnancy and Childhood Allergic Disease Outcomes: A Question of Timing? *Nutrients*. 2017; 9(2):123. Doi: <https://doi.org/10.3390/nu9020123>
- [22] Fiocchi A, Dahda L, Dupont C, Campoy C, Fierro V, Nieto A. Cow's milk allergy: towards an update of DRACMA guidelines. *World Allergy Organ J*. 2016; 9(1):35. Doi: <https://doi.org/10.1186/s40413-016-0125-0>
- [23] Domínguez-Salas P, Moore SE, Baker MS, Bergen AW, Cox SE, Dyer RA, et al. Maternal nutrition at conception modulates DNA methylation of human metastable epialleles. *Nat Commun*. 2014; 5:3746. Doi: <https://doi.org/10.1038/ncomms4746>
- [24] Mejía-Montilla J, Reyna-Villasmil N, Reyna-Villasmil E. Programación fetal y modificaciones epigenéticas relacionadas al folato. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [internet] 2020 [citado 29 dic 2025]; 66(1):41-6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000100041&lng=es. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2230>
- [25] Lien YC, Condon DE, Georgieff MK, Simmons RA, Tran PV. Dysregulation of Neuronal Genes by Fetal-Neonatal Iron Deficiency Anemia Is Associated with Altered DNA Methylation in the Rat Hippocampus. *Nutrients*. 2019; 11(5):1191. Doi: <https://doi.org/10.3390/nu11051191>
- [26] Munetsuna E, Yamada H, Yamazaki M, Ando Y, Mizuno G, Ota T, et al. Maternal fructose intake disturbs ovarian estradiol synthesis in rats. *Life Sci*. 2018; 202:117-23.
- [27] Vaiserman A, Lushchak O. Prenatal Malnutrition-Induced Epigenetic Dysregulation as a Risk Factor for Type 2 Diabetes. *Int J Genomics*. 2019; 2019:3821409. Doi: <https://doi.org/10.1155/2019/3821409>
- [28] He Y, Chen J, Zhu LH, Hua LL, Ke FF. Maternal Smoking During Pregnancy and ADHD: Results From a Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *J Atten Disord*. 2020; 24(12):1637-47. Doi: <https://doi.org/10.1177/1087054717696766>
- [29] Bakulski KM, Blostein F, London SJ. Linking Prenatal Environmental Exposures to Lifetime Health with Epigenome-Wide Association Studies: State-of-the-Science Review and Future Recommendations. *Environ Health Perspect*. 2023; 131(12):126001. Doi: <https://doi.org/10.1289/EHP12956>
- [30] Oei JL. Alcohol use in pregnancy and its impact on the mother and child. *Addiction*. 2020; 115(11):2148-63. Doi: <https://doi.org/10.1111/add.15036>
- [31] Viuff AC, Pedersen LH, Kyng K, Staunstrup NH, Børghlum A, Henriksen TB. Antidepressant medication during pregnancy and epigenetic changes in umbilical cord blood: a systematic review. *Clin Epigenetics*. 2016; 8(1):94. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13148-016-0262-x>
- [32] Joyce BT, Liu H, Wang L, Wang J, Zheng Y, Nannini D, et al. Novel epigenetic link between gestational diabetes mellitus and macrosomia. *Epigenomics*. 2021; 13(15):1221-30. Doi: <https://doi.org/10.2217/epi-2021-0096>
- [33] Gaillard R. Maternal obesity during pregnancy and cardiovascular development and disease in the offspring. *Eur J Epidemiol*. 2015; 30(11):1141-52. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10654-015-0085-7>

Enfermedad de Mondor y mastitis aguda en lactancia: un caso clínico inusual

¹ Sheila Gandía-Serrano
² Natividad Soto-Terceño
³ M^a Paz de Miguel-Ibáñez

¹ Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona). CS Ontinyent II (Valencia). Doctoranda. Universidad de Alicante. España.

² Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona). CS Ibi. Alicante (España).

³ Matrona. Hospital Virgen de los Lirios - Fisabio. Alcoy (Alicante). Licenciada en Historia por la Universidad de Alicante y en

Antropología Social y Cultural por la Universidad Miguel Hernández (Elche, Alicante); Doctora en Filosofía y Letras. Geografía e Historia por la Universidad de Alicante. España

E-mail: gandia_she@gva.es

Fecha de recepción: 13 de diciembre de 2025.
Fecha de aceptación: 19 de diciembre de 2025.

Cómo citar este artículo:

Gandía-Serrano S, Soto-Terceño N, de Miguel-Ibáñez MP. Enfermedad de Mondor y mastitis aguda en lactancia: un caso clínico inusual. *Matronas Hoy* 2025; 13(3):42-6.

Resumen

Introducción: la enfermedad de Mondor es una tromboflebitis superficial venosa infrecuente que puede presentarse en el contexto de mastitis aguda, complicando la lactancia materna.

Objetivos: describir la presentación clínica, el proceso diagnóstico y el manejo conservador de un caso de enfermedad de Mondor de la mama asociada a una mastitis, con el objetivo de su resolución, a la vez que preservar la continuidad de la lactancia materna.

Metodología: estudio observacional descriptivo tipo reporte de caso clínico.

Resultados: el manejo conservador, con reposo, antiinflamatorios y ajustes en la técnica de lactancia, permitió una evolución favorable, manteniendo la lactancia materna.

Palabras clave: enfermedad de Mondor; mastitis aguda; lactancia materna; tromboflebitis superficial; manejo conservador; matronas.

Abstract

Mondor's disease and acute mastitis during breastfeeding: an unusual clinical case

Introduction: Mondor's disease is a rare superficial venous thrombosis that can appear in the setting of acute mastitis, thus complicating breastfeeding.

Objectives: to describe the clinical presentation, the diagnostic process, and the conservative management of a case of Mondor's breast disease associated to mastitis, with the objective of solving it and at the same time preserving breastfeeding continuity.

Methodology: an observational descriptive report-type study of a clinical case.

Results: conservative management with rest, anti-inflammatory drugs and adjustments in the breastfeeding technique, allowed a positive evolution, maintaining maternal breastfeeding.

Key words: Mondor's disease; acute mastitis; breastfeeding; superficial thrombophlebitis; conservative management; midwives.

Introducción

Los primeros reportes de esta enfermedad datan de 1870 por Fage, a quien se le atribuye la primera descripción del cordón como signo de tromboflebitis superficial [1]. Sin embargo, no fue hasta 1939 cuando Henri Mondor publicó una serie de casos que describían una induración subcutánea de tipo cordón fibroso doloroso en la pared abdominal, ingles, axila y pene [2].

Aunque todavía no se ha establecido una clasificación formal, la enfermedad de Mondor (MD) en la pared toracoabdominal anterolateral (la más habitual de las presentaciones) generalmente se reconoce como la enfermedad de Mondor original, mientras que anomalías similares en otros sitios, como el pene o la axila, se reconocen como variantes de esta [3].

La MD describe clásicamente un síndrome de tromboflebitis superficial esclerosante de las venas de la pared torácica anterior. El vaso afectado con mayor frecuencia es la vena epigástrica superior, que produce un cordón palpable en el cuadrante inferoexterno de la mama. (1).

La MD se limita por sí sola y es de resolución espontánea entre las cuatro y ocho semanas de aparición (Imagen 1).



Imagen 1. Enfermedad de Mondor de mama, presenta dilatación venosa en forma de cordón y retracción de la piel

Incidencia

A pesar de que han transcurrido muchos años desde su primer informe, los detalles de la MD siguen siendo inciertos debido a su rareza. Además, la tasa de prevalencia de la MD en Atención Primaria también se desconoce, ya que la MD se presenta en varias partes del cuerpo, lo que lleva a los pacientes a buscar tratamiento en clínicas especializadas [3].

La MD también puede ser más común de lo reportado, ya que la lesión suele ser indolora y se resuelve espontáneamente, por lo que la mayoría de las pacientes se abstienen de buscar atención médica y, cuando lo hacen, a veces incluso los médicos prestan poca atención a la lesión.

Una evaluación de los informes de las clínicas de mama para el diagnóstico de la MD en la pared torácica reveló una tasa de incidencia del 0,07%-0,96%. Las lesiones fueron principalmente unilaterales, aunque se han reportado también tasas muy bajas de afectación bilateral. Se presenta sobre todo en mujeres de mediana edad, alrededor de los 45 años, y con una proporción mujer:hombre que oscila entre 9:1 y 14:1, sin mayor incidencia por causa étnica o racial [4].

Etiología

Si bien se han implicado factores como traumatismos, infecciones, esfuerzo físico, cáncer de mama y cirugía mamaria, en la mayoría de los casos no se identifica ninguna causa, como concluye la revisión bibliográfica de Amano et al. [3], que reveló que el 45% de los casos eran idiopáticos, el 20% iatrogénicos, el 22% traumáticos y el 5% relacionados con el cáncer de mama.

Recientemente se ha encontrado la primera evidencia de que la covid-19 es un probable factor de riesgo etiopatogénico para la MD de mama [5].

Algunos casos de MD pueden presentarse como consecuencia de una enfermedad subyacente, como vasculitis, hipercoagulabilidad o neoplasia maligna.

Presentación

Se produce una afectación de las venas toracoepigástricas situadas en la línea axilar anterior, raramente se ven afectadas las venas torácicas laterales, en el margen del músculo pectoral mayor. También se puede afectar la parte medial y superior de la mama, lo que podría llegar a confundirlo con patología mamaria. Es unilateral en la mayoría de los casos, aunque se han descrito algunos eventos de afectación bilateral, como ya se ha mencionado anteriormente [6].

En los ultrasonidos, los hallazgos principales son la presencia de una estructura tubular hipocóica dilatada y arrosariada, a veces se ve la presencia de un trombo intraluminal hiperecogénico y en el Doppler no se aprecia flujo [7].

La presentación que afecta a la mama puede asociarse a procesos inflamatorios como la mastitis aguda [8-10], como en el presente caso.

Su reconocimiento es esencial para evitar intervenciones innecesarias y ofrecer tratamiento adecuado, especialmente en mujeres en periodo de lactancia donde la patología mamaria afecta la continuidad de esta [6, 11, 12].

En el presente artículo se expone un caso clínico que ilustra la presentación, el diagnóstico y el manejo conservador de esta asociación poco frecuente [13, 14].

Objetivos

Describir la presentación clínica, el proceso diagnóstico y el manejo conservador de un caso de MD de la mama, que se desarrolló tras un episodio de mastitis aguda en una mujer lactante.

El objetivo de dicha presentación clínica es la resolución del caso, a la vez que preservar la continuidad de la lactancia materna.

Metodología

Estudio observacional descriptivo tipo reporte de caso clínico. La información se obtuvo mediante la revisión de la historia clínica, la entrevista con la paciente y los hallazgos de la exploración física y pruebas complementarias (eco-

grafía) (Imagen 2), lo que permitió un seguimiento de la evolución en la consulta.

Presentación del caso

Antecedentes personales

Mujer multipara (G4P2) de 32 años, con antecedentes de endometriosis y resección intestinal. Presentó dos partos previos: uno espontáneo vaginal eutócico en 2018 a los 26 años y otro inducido vaginal eutócico en 2021 a los 30 años. Se sometió a fecundación *in vitro* por endometriosis. Su grupo sanguíneo es A+, sin alergias conocidas y sin medicación habitual. Antecedentes familiares relevantes incluyen cáncer de ovario en la abuela materna. La paciente mantiene hábitos saludables; su pareja es fumadora (10 cigarrillos/día). La vacunación general está al día; no ha recibido vacuna contra VPH.

Historia clínica

La paciente, que mantiene una lactancia materna prolongada de 15 meses, acude a consulta por dolor súbito en mama derecha de 10 horas de evolución asociado a grieta en pezón. Inicialmente fue tratada con antiinflamatorios y cuidados locales, pero progresó a mastitis aguda, con enrojecimiento e inflamación; recibió tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico. A pesar de la terapia, persistió un cordón palpable doloroso en la mama, diagnosticándose MD mediante exploración clínica y ecografía mamaria (BIRADS I) [6, 7].

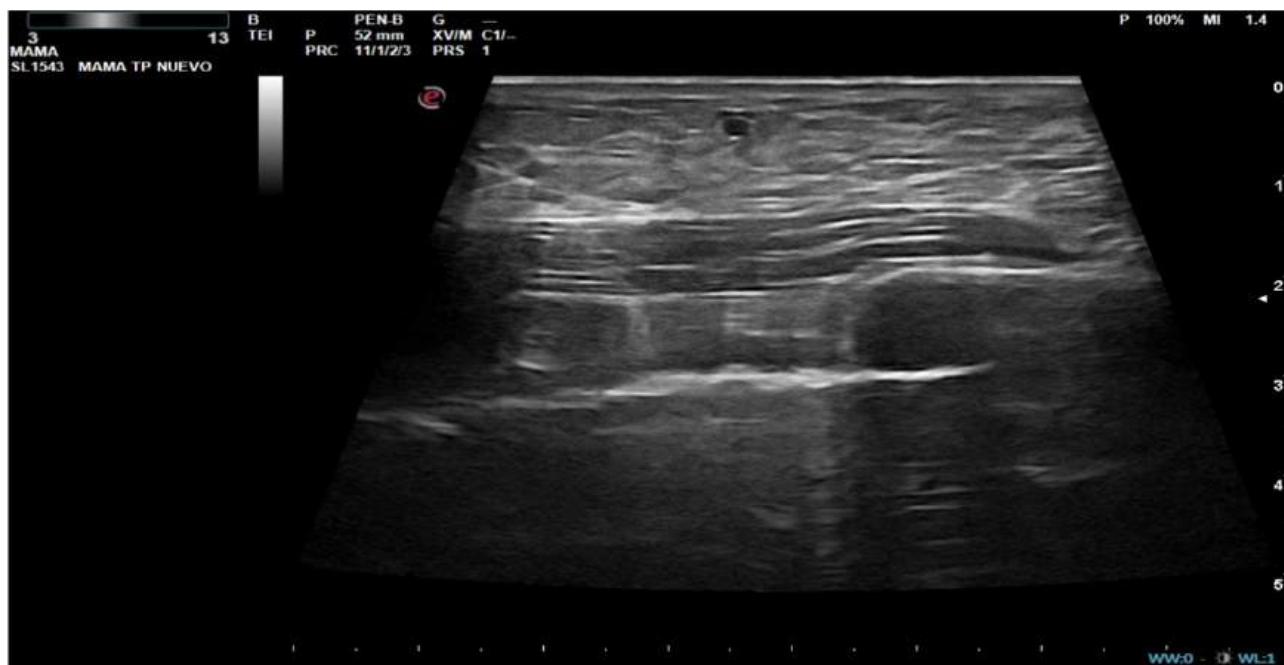


Imagen 2. Imagen ecográfica Enfermedad de Mondor que presenta estructura tubular hipocóica dilatada y arrosariada

Exploración y evaluación

Mama derecha blanda, sin masas, grieta estadio II, cordón indurado palpable (Imagen 1). Pruebas complementarias normales salvo cultivo positivo para *Staphylococcus epidermidis* [4]. La ecografía mamaria confirmó la ausencia de abscesos o malignidad, clasificándose como BIRADS I (Imagen 2), diagnosticándose MD [6, 7].

Intervención y manejo

Se indicó manejo conservador, que incluyó reposo, antiinflamatorios (ibuprofeno), cuidados locales y seguimiento por matrona, además de ajuste en la técnica de lactancia y tratamiento antibiótico según cultivo (amoxicilina-clavulánico y cloxacilina) [8, 14], con evolución favorable.

Evolución y seguimiento

Mejoría progresiva del cuadro, resolución clínica a las tres semanas, mantenimiento de lactancia materna y acompañamiento psicológico [9, 15].

Discusión y conclusiones

Este caso resalta la importancia de considerar la MD en el diagnóstico diferencial de mastitis con síntomas persistentes en mujeres lactantes.

El diagnóstico clínico respaldado por la ecografía es fundamental para evitar intervenciones invasivas [10, 12].

La evolución favorable con tratamiento conservador coincide con la literatura previa [7-9].

Además, se subraya la necesidad de un soporte multidisciplinar para el éxito de la lactancia materna en situaciones clínicas complejas [11, 13], en el que las matronas tienen un papel fundamental.

Agradecimientos

A la paciente, por su colaboración y consentimiento para la publicación de este caso. A las personas responsables de la revisión del manuscrito, por su contribución a la difusión del conocimiento en la comunidad asistencial y a la identificación y abordaje de los problemas que pueden surgir durante el periodo de lactancia.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Rountree KM, Barazi H, Aulick NF. Mondor Disease. [Updated 2023 May 22]. In: StatPearls [internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538282/>.
- [2] Becerril CAH, Corona RL, Anaya-Ayala JE. Patología Venosa. México: Intersistemas; 2022.
- [3] Amano M, Shimizu T. Mondor's Disease: A Review of the Literature. Intern Med. 2018; 15;57(18):2607-12. Doi: <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.0495-17>
- [4] Salemis NS, Vasilara G, Lagoudianakis E. Mondor's disease of the breast as a complication of ultrasound-guided core needle biopsy: management and review of the literature. Breast Dis 2025; 35(1):73-6. Doi: <https://doi.org/10.3233/BD-140374>
- [5] Renshaw L, Dixon JM, Anderson J, Turnbull AK. Mondor's disease of the breast: A cutaneous thromboembolic manifestation of Covid-19? Breast. 2022; 66:305-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2022.11.006>
- [6] Herrán Motta FS, Lugo Betrán I, Madrid Rotzinger A, Baquero Umaña M. Enfermedad de Mondor de la mama. Reporte de caso. Acta Bras Cir Dig. [internet] 2013 [citado 29 dic 2025]; 26(2):152-4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2013/cp133e.pdf>
- [7] Rodríguez Aguirregabiria J, Rodríguez Blanco A, Morera Montes J. Presentación de un nuevo caso de enfermedad de Mondor. Medifam [internet]. 2002 [citado 29 dic 2025]; 12(9):118-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000900012&lng=es
- [8] Espínola- Docio B, Costa-Romero M, Díaz-Gómez NM, Párricio-Talayero JM, AELAMA. ¿Qué es una mastitis? AELAMA [internet] 2018 [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://aelama.org/wp-content/uploads/2024/04/mastitis2018.pdf>
- [9] Vannetti AL, Bueno Canet R, Samper A. Enfermedad de Mondor. Rev. argent. dermatol. [internet]. 2013 [citado 29 dic 2025]; 94(1). Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2013000100006&lng=es
- [10] Pinto RM, Manso P, Urzal C, Batista J, Aragão C, Vaz FC. Mondor's disease in puerperium: case report. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36(3):139-41. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0100-72032014000300008>
- [11] Villalobos Mora C, Mora Hernández G. Actualización en enfermedad de Mondor. Med. leg. Costa Rica [internet]. 2017 [citado 29 dic 2025]; 34(1):244-7. Disponible en:

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100244&lng=en

31(1):e1-e7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2013/am131e.pdf>

- [12] Pardo M, Gómez-Veroiza X, Santos P. Síndrome de Mondor. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura. *Rev. Hosp. Clín. Univ. Chile* [internet] 2004 [citado 29 dic 2025]; 15(2):129-32. Disponible en: <https://revistahospitalclinico.uchile.cl/index.php/RHCUC/article/view/79254>
- [13] Rodríguez Rábago M, Ortiz de Iturbide C, Arredondo Merino R, Anaya Reyes MP, Rosas Cano M. Enfermedad de Mondor idiopática. *Acta Med.* [internet] 2013 [citado 29 dic 2025];
- [14] AL A, Canet R, Samper A. Enfermedad de Mondor. *Rev. Argent. Dermatol.* [internet] 2013 [citado 29 dic 2025]; 94:1. Disponible en: <https://rad-online.org.ar/wp-content/uploads/2021/07/v94n1a06.pdf>
- [15] Belleflamme M, Penaloza A, Thoma M. Mondor disease: a case report in ED. *Am. J. Emerg. Med.* 2012; 30:1325.e1-1325.e3. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2011.06.031>

Conocimiento especializado para quienes acompañan la vida desde el inicio



CURSOS ONLINE

Curso de Actualización de conocimientos en enfermería Obstétrico-Ginecológica para matronas CFC

Avanza en tu práctica obstétrico-ginecológica

 **100 horas**


 **6,8 créditos CFC**

 **Modalidad online**



Curso Online de Lactancia Materna

Acompañar la lactancia empieza por una buena formación

 **110 horas**


 **5,1 créditos CFC**

 **Modalidad online**



Curso de Actualización de Conocimientos en Enfermería de la Mujer Online CFC

Formación actualizada para el cuidado integral de la mujer

 **50 horas**

 **9,8 créditos CFC**

 **Modalidad online**



Descubre todos nuestros cursos en www.daeformacion.com



ECHANDO LA VISTA ATRÁS

Las matronas y el mítico Seat 600: cuestión de movilidad, independencia y reivindicación

Rosa M^a Plata Quintanilla

Presidente de la Asociación Española de Matronas. Delegada ICM Europa Sur desde 2003.

Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).



Hoy vamos a recordar una anécdota con cierto toque mundano, aunque perfectamente enmarcado en el desempeño profesional de las matronas y que, por la distancia que nos separa a la mayoría de lectores, seguro que desconocemos o nos ha pasado desapercibida.

Datos recientes de DGT (2023) cifraba en 12.000.000 de mujeres (43%) con permiso de conducir frente a los 15,8 millones de varones. Probablemente hoy nos parezca increíble que un hecho tan común como obtener el carnet de conducir, hasta bien pasados los dos tercios del siglo XX, se convirtiera en un auténtico acto reivindicativo del derecho femenino contra la realidad imperante en la época en la que conducir ¡era cosa de hombres!

La escritora gallega Emilia Pardo Bazán fue la primera mujer que manejó un vehículo a motor por las vías de España. Lo hizo en 1904 antes de que se exigiera una prueba de aptitud para obtener el permiso de conducción.

Se ha popularizado que la primera mujer conductora obtuvo su permiso en 1925, Catalina García González, de 22 años; aunque hay fuentes que apuntan a que el primer permiso otorgado a una mujer fue el 31 de diciembre de 1924, cuando el gobernador de Burgos firmó el permiso de conducir de María Barbadillo García, una joven de 20

años, en ambos casos, dos absolutas excepciones en su tiempo [1].

En España, la regulación sobre el uso del automóvil arranca con la R.D. de 23 de julio de 1918 que exigía solicitarlo al Gobernador Civil de la provincia correspondiente. Para tal solicitud eran necesarias además de dos fotografías del interesado, un certificado de buena conducta y un certificado médico que demostrara que el futuro conductor no padecía ninguna enfermedad de la vista o el oído, ni ninguna otra dolencia que le incapacitara para la conducción. En ese momento, también se limitó la edad del solicitante, entre los 18 y los 77 años. Sin embargo, en el caso de las mujeres, y los menores de edad, se exigía el añadido de un autorización paterna o marital a mayores. Como puede deducirse, la ley no prohibía a las mujeres su obtención, pero los requisitos no eran igualitarios entre ambos sexos [2].

Hasta 1959, cuando se creó la Jefatura Central de Tráfico, posteriormente convertida en la Dirección General de Tráfico (DGT), encargada de regular tanto la circulación de vehículos como la formación de nuevos conductores, había más carros que coches. Los escasos conductores que poseían un turismo eran, casi en exclusiva, hombres. En 1967 apenas un 16% de las mujeres tenía el carné de conducir [3].



Con este planteamiento inicial, hoy hablaremos en esta sección de la revolución que supuso la llegada al mercado del vehículo utilitario más famoso de la historia de la automoción española: el Seat 600. Cómo muchas mujeres, matronas, fueron también en esto mujeres pioneras: mujeres adelantadas a su tiempo que consiguieron, a pesar de todas las trabas burocráticas, un carnet de conducir y con mucho esfuerzo, incluido el económico, lograron el ansiado y humilde vehículo para sus innumerables, distantes e intempestivos desplazamientos a fin de cumplir su labor de asistencia al parto, todavía gran parte a domicilio. En otras tantas ocasiones, eran necesarios para llegar a sus puestos de trabajo, para la mayoría, más de uno, dada la carestía histórica de profesionales.

El primer Seat 600, popularmente denominado "el pelotilla", salió de la fábrica de Barcelona el 27 de mayo de 1957. Se trataba de un vehículo que alcanzaba los 95 kms por hora sin ninguno de los accesorios conocidos hoy en día: quinta marcha, aire acondicionado, *airbag*, elevalunas eléctricos, cinturones de seguridad, etc., y con las famosas "puertas suicidas", que por algo las denominaron así. No obstante, este cochecito diseñado para cuatro personas, aunque con frecuencia viajaban una multitud de personas y enseres en su interior y en su característica baca, se convirtió en la ilusión de los españoles. Este sueño costaba la friolera de 65.000 pts., hoy unos 380 euros, pero con el IPC General actualizado, su precio equivaldría a unos 22.795 euros, un lujo al que pudieron llegar, no sin esfuerzo, muchas familias españolas en una España que empezaba a despegar económicamente. Aunque para hacer más inaccesible el sueño, las unidades puestas a la venta en 1957 solo fueron 2.586, lo que generó una lista de espera de cuatro años [4].

Ante esta situación el Consejo Nacional de Matronas reaccionó rápido vislumbrando lo que este coche podía reportar a las matronas y decidió intervenir en favor del colectivo. A las matronas este vehículo les ofrecía gran facilidad y rapidez de movimiento, así como comodidad para el ejercicio de su trabajo, iniciaron gestiones de inmediato para conseguir una partida prioritaria para las matronas interesadas.

En el Acta de la sesión celebrada por la Junta de Gobierno de la Sección Matronas del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, el día 26 de septiembre de 1958, en su domicilio social calle de Hileras 4, bajo la Presidencia de D^a María García Martín, queda reflejada esta iniciativa:

"Se acuerda escribir a la Casa Seat, haciendo una petición de coches de tipo utilitario para las Matronas" [5].

No sabemos el resultado de estas gestiones porque no hay constancia de ello en posteriores actas, aunque ciertamente numerosas matronas fueron propietarias de un Seat 600 en la época. Lo que sí hemos podido averiguar a través de la revista de practicantes es que estos colegas profesionales, entre ellos también matronas con título de practicante añadido, igualmente se dirigieron a la casa Seat con la misma petición dada la escasez de producción que dificultaba su adquisición.

La primera noticia que se recoge es en la que, desde el Consejo de practicantes, promocionaban un sorteo cuya recaudación iba destinada a fines benéficos, con el *gancho* tan apetecible del sorteo de un Seat 600 y además desca-potable [6]. A pesar de las previsiones de los organizadores, el sorteo no se celebró al no haber conseguido vender entre los casi 30.000 colegiados un número suficiente de

Coche SEAT por cinco pesetas

Para el desenvolvimiento económico de las Asociaciones Católicas, que puedan cumplir sus fines eminentemente caritativos, se necesita imprescindiblemente dinero. Una de las formas—prevista incluso en nuestros Estatutos—es la de recurrir a rifas benéficas; de esta manera se están ultimando las gestiones precisas para celebrar un sorteo que, a juzgar por los fines a que se destinan sus beneficios y lo extraordinario de sus premios, creemos no quedará un solo Practicante en España que no tome parte en el mismo, adquiriendo, por lo menos, dos o tres papeletas, que pese a la grandiosidad de los premios se han establecido a un precio muy económico: CINCO PESETAS CADA NUMERO.

Hoy por hoy, sin que aún esté autorizada legalmente esta rifa (que coincidirá con el sorteo de la Lotería Nacional del Niño), podemos anunciar que lo más difícil de conseguir, el automóvil SEAT 600, desca-potable, modelo fuera de serie, ya lo tenemos adjudicado, y para corroborar esta noticia, en la próxima revista publicaremos, con más amplia y definitiva información, una fotografía de dicho vehículo, así como de la motocicleta «Lambretta», «el scooter perfecto», que se dará por segundo premio, completándose la lista de regalos con una máquina de escribir y una cámara fotográfica, como tercero y cuarto premios, respectivamente.

papeletas que cubrieran el importe de los magníficos premios y quedase un montante para la obra benéfica a que iban destinada las ganancias [7].

En esta otra noticia se da cuenta de las conversaciones del

Consejo de Practicantes con la Casa Seat, con el resultado de la reserva preferente de 100 coches más para sus colegiados bajo unas estrictas normas que garantizaran que serán para uso exclusivamente de los profesionales afortunados [8].

Cien coches «SEAT 600» para Practicantes
SE ADJUDICARAN DIEZ CADA MES

Han terminado favorablemente las gestiones del Consejo Nacional con la «SEAT»

Como consecuencia de las gestiones que este Consejo Nacional venía realizando cerca de la Casa SEAT, por la misma se ha resuelto reservar a favor de este Organismo un cupo de cien adjudicaciones de coches «Seat 600» para asignarlos a los mismos a un ritmo de diez mensuales, con arreglo a las siguientes normas:

- 1.ª No podrá hacerse adjudicación más que a favor precisamente de los propios Practicantes.
- 2.ª No se efectuará la adjudicación en el caso de que, en plazo anterior menor de tres años, se le haya entregado a su nombre por esta Sociedad otro vehículo de cualquier modelo de su producción. Mientras duren las actuales circunstancias de escasez de coches continuará en vigor esta norma de no entregar nuevo vehículo hasta transcurrido un plazo de tres años del anterior.
- 3.ª El adjudicatario tiene que adquirir el compromiso, a través de ese Consejo, de que el coche es para su uso y no será vendido, cedido ni transferido a tercera persona en plazo menor de dos años.
- 4.ª Se aplicará el precio que rija en la fecha de la entrega. El actual es de 70.000 pesetas, y caso de variación se avisaría previamente.
- 5.ª La entrega se verificará en un plazo de uno a tres meses; partir de la fecha de ingreso de su importe a requerimiento de esta Sociedad.
- 6.ª Los adjudicatarios, a efectos estadísticos, quedan obligados a comunicar, antes de transcurrido un plazo de tres meses de la entrega, a la Jefatura de Obras Públicas en que han efectuado la matriculación y el número de matrícula definitivo que le ha correspondido al coche.

Aquellos colegiados que deseen adquirir uno de éstos, en las condiciones antes señaladas, lo solicitarán de este Consejo Nacional antes del día 15 de noviembre próximo, fecha en que quedará cerrado el plazo de solicitudes. Las instancias, además de la póliza de tres pesetas, serán reintegradas con sello del Consejo de Previsión por valor de cinco pesetas.

A la misma se unirá un sobre con la dirección del solicitante franqueado con sello de correos de una peseta, que será utilizado para dar cuenta del número de adjudicación que le corresponda en el sorteo que ante notario se ha de celebrar, para ello, pasado el día 15 de noviembre.

Noticia en la que se informa de la adjudicación de vehículos

En el esperado sorteo, fueron 13 las mujeres practicantes afortunadas, algunas de ellas también matronas. La primera, Martina Franco León, de Palencia, y la suerte tocó a otras 12 mujeres de muchas otras provincias: Asturias, Alicante, dos veces en Madrid, Barcelona, Santander, Tarragona y La Coruña [9, 10].

En febrero 1960, la revista incluía un anuncio en el que informaba de que la Casa Seat, atendiendo a los requerimientos del Consejo Nacional, dado el elevado número de peticionarios, en lugar de hacer entregas mensuales de diez vehículos, como había prometido, el 22 de diciembre les remitió la documentación correspondiente a los

Sorteo de los cien coches SEAT

Relación de los señores colegiados a quienes en el sorteo celebrado en este Consejo Nacional el día 19 de noviembre de 1959, ante el notario del ilustre Colegio de Madrid don Diego Soldevilla Guzmán, ha correspondido la adjudicación de los primeros cien coches «Seat 600», asignados a este Organismo, con expresión del número obtenido y orden

treinta primeros adjudicatarios, que hicieron llegar a los interesados oportunamente. Igualmente, les anunciaba una próxima entrega de otros cuarenta coches, es decir hasta el número 70 del sorteo. Al ponerlo en conocimiento de los interesados para que pudieran tener idea, aunque solo fuera aproximada, de la fecha en que les corresponderá la adjudicación, señalaban, a los que por cualquier circunstancia renunciasen a él, la conveniencia de que, a la mayor brevedad, lo comunicaran al Consejo Nacional a fin de poner en conocimiento de la Casa Seat los nombres de aquellos a quienes, por correr el turno, les correspondiese la adjudicación. Al mismo tiempo informaban de que a aquellos que en el sorteo obtuvieron número comprendido entre el 101 al 393, la Casa Seat les había ofrecido un nuevo cupo que empezaría a distribuirse una vez terminada la entrega de los cien primeros coches [11].

A final del año 1960, el Consejo informaba a los peticionarios de los Seat 600 que la Casa Seat, en relación con la petición que ese Consejo le había hecho de un nuevo

cupo de coches para distribuir entre sus colegiados, les había comunicado que, como la admisión de pedidos había quedado sin limitaciones, cuantos colegiados desearan adquirir un vehículo podían dirigirse a la propia sociedad a través del correo postal de esta (Valderribas, 75, apartado 14.210, Madrid - 7), y como consecuencia de esto, quedaban canceladas todas las peticiones dirigidas a aquel Consejo Nacional.

La historia de este vehículo, que sin duda cambió la vida a tantos españoles, y entre ellos a muchas matronas y otros profesionales sanitarios, concluyó en 1973. Desde 1963, se produjeron 132.000 unidades del 600 utilitario y a partir de este año, se realizaron varias versiones y modificaciones, hasta agosto de 1973 en que acabó su producción. Para el recuerdo queda esta foto con la pancarta que se rompía al soltar el último vehículo fabricado en la que, con mucho ingenio y acierto, los obreros de la factoría SEAT habían escrito: "Naciste príncipe y mueres Rey".



Última unidad de Seat 600 producida. Foto tomada del libro de San Neira José, *La historia del Seat 600* [4]



Bibliografía

- [1] Dirección General de Tráfico (DGT). Tráfico y seguridad Vial. Desde 1915: ellas también conducen. Revista DGT [internet] 2025 [citado 29 dic 2025] núm. 274. Disponible en: <https://revista.dgt.es/es/multimedia/foto/2025/0619-N274-La-foto-mujer-carnet-conducir.shtml>
- [2] Boletín Oficial del Estado (BOE). Real Decreto aprobando el Reglamento para la circulación de vehículos de motor mecánico por las vías públicas de España. Gaceta de Madrid [internet] núm. 205, de 24 de julio de 1918, páginas 231 a 237. [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1918/205/A00231-00237.pdf>
- [3] Dirección General de Tráfico (DGT). Tráfico y seguridad Vial. Desde 1915: ellas también conducen. Especial 65 aniversario. DGT [internet] 2025 [citado 29 dic 2025]. Disponible en: <https://revista.dgt.es/revista/num274/mobile/index.html#p=15>
- [4] San Neira José. La historia del Seat 600. Barcelona: Editorial Avant; 2017.
- [5] Actas del Consejo Nacional auxiliares Sanitarios. Sección Matronas. 1954-1974. Archivo histórico.
- [6] Medicina y Cirugía Auxiliar: Órgano Oficial del Consejo General de los Colegios Oficiales de Practicantes de España. [internet] agosto 1959 [citado 29 dic 2025]; Año XX. Biblioteca antigua CODEM. Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d3eadcce-9319-4c0a-9877-c081de241132/46D1BC9F-4631-41A5-BA9F-0DF8865D8FDA/43e1d6bc-9dd3-4339-b292-72c0d9e4dbc6/RA_1959-8.pdf
- [7] Medicina y Cirugía Auxiliar: Órgano Oficial del Consejo General de los Colegios Oficiales de Practicantes de España. [internet] enero 1960 [citado 29 dic 2025]; Año XXI. Biblioteca antigua CODEM. Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d3eadcce-9319-4c0a-9877-c081de241132/AF6B37B8-2CF7-4B19-8A3B-4960935B4A8C/cdac05f3-a0d6-429e-b94f-bfc0aa5b6ed6/RA_1960-1.pdf
- [8] Medicina y Cirugía Auxiliar: Órgano Oficial del Consejo General de los Colegios Oficiales de Practicantes de España. [internet] septiembre 1959 [citado 29 dic 2025]. Año XX. Biblioteca antigua CODEM. Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d3eadcce-9319-4c0a-9877-c081de241132/8BEFF112-43A2-4D0D-B229-AC49627DD087/b6bcce4b-5530-45c7-b15c-0a7d697fc0b2/RA_1959-9.pdf
- [9] Medicina y Cirugía Auxiliar: Órgano Oficial del Consejo General de los Colegios Oficiales de Practicantes de España. [internet] noviembre 1959 [citado 29 dic 2025]; Año XX. Biblioteca antigua CODEM. Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d3eadcce-9319-4c0a-9877-c081de241132/EDAAF894-0C66-4E27-A482-62CA11E11972/43d592b8-3fbf-4266-bf0a-48b4e0fccd29/RA_1959-11.pdf
- [10] Medicina y Cirugía Auxiliar: Órgano Oficial del Consejo General de los Colegios Oficiales de Practicantes de España. [internet] diciembre 1959 [citado 29 dic 2025]; Año XX. Biblioteca antigua CODEM. Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d3eadcce-9319-4c0a-9877-c081de241132/BA2CF6BD-EE13-4B04-A13B-832172A486F3/e4376b18-bed0-4898-93f2-bb26a77914c7/RA_1959-12.pdf
- [11] Medicina y Cirugía Auxiliar: Órgano Oficial del Consejo General de los Colegios Oficiales de Practicantes de España. [internet] febrero 1960 [citado 29 dic 2025]; Año XXI. Biblioteca antigua CODEM. Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d3eadcce-9319-4c0a-9877-c081de241132/227AC2CB-DF0B-4CF6-BEE7-2737C5CBC977/f7b84a2e-e32b-44d9-adc5-385405f1b1f4/RA_1960-2.pdf
- [12] Medicina y Cirugía Auxiliar: Órgano Oficial del Consejo General de los Colegios Oficiales de Practicantes de España. [internet] noviembre 1960 [citado 29 dic 2025]; Año XXI. Biblioteca antigua CODEM. Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d3eadcce-9319-4c0a-9877-c081de241132/E04CF5BC-9B38-4A5B-BC2B-AB6861BB3412/ccfac8bd-9654-4e0e-bd7b-7eb8e785416d/RA_1960-11.pdf



ESPERANZA AGRAZ PATIÑO

Una matrona innovadora, atrevida y pionera en programas de educación para los hombres y violencia machista

Antes de empezar con la entrevista, hay que mencionar que Esperanza fue coautora de uno de los lemas de la Asociación Española de Matronas (AEM), podríamos decir que fue una "maternidad compartida" entre Esperanza y la AEM, "Tu salud es lo nuestro". Fue en septiembre de 2009 cuando participábamos en la IV Edición del Salón Vivir 50 Plus en Madrid, organizado por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) y la editorial BAYARD. Entre los 80 stands que conformaban la feria, estuvo ubicado el de la Asociación de Matronas, donde se mostraron, mediante un tríptico informativo creado para la ocasión, las actividades y los servicios dedicados a la menopausia prestados por las matronas. Por cierto, las mujeres que visitaban el stand de la AEM se sorprendían mucho por esas actividades "fuera del paritorio".

Pregunta: Esperanza, ¿cómo llegaste a nuestra profesión?

Respuesta: De una forma nada romántica, por eso me hace sonreír cuando las mujeres me dicen que se nota que lo mío es vocacional. Mi vocación era la independencia y seguridad económica, y hacer esta especialidad me daba cuatro puntos en un año para tener plaza fija de enfermera en el sistema público de salud; como te decía, una inmersión en la profesión nada romántica. Hice esta especialidad, como antes de ella hice la especialidad de enfermera en psiquiatría, la de empresa, incluso la de medicina tropical.

En 1984 no había mucho trabajo en enfermería y mi primer contrato interino no llegó hasta dos años después, con la especialidad ya comenzada, y fue una difícil decisión continuarla, ya que salir de trabajar a las 22 h en el



Imágenes del stand de la AEM en el Salón Vivir Plus bajo el lema "Tu salud es lo nuestro" (Madrid 2009)

Hospital 12 Octubre y entrar en el Hospital Santa Cristina a las 21 h era algo que requería hacer muchos malabarismos. Solo la deferencia de mi supervisor y mis compañeras de la planta 12, Monse y Cristina, lo hicieron posible.

P. Sorprende más que desde ahí, ese camino tan indirecto, hayas mostrado tanto entusiasmo y lucha en nuestra profesión.

R. Sí, pero ciertamente, como se dice "son muchos los caminos para llegar a Roma". Una vez conseguida la plaza de enfermera en el Hospital de Toledo, pasaban los meses y no encontraba la plenitud que esperaba después de tanto esfuerzo. Ese vacío me llevó a la Atención Primaria, allá en 1989, cuando todo estaba por hacer. Para mí fue muy importante trabajar de enfermera en un centro de salud que se abría con profesionales sanitarios procedentes del medio hospitalario y del medio rural; una mezcla con muchas aristas que pulir para trabajar juntos.

P. Pero la figura de la Matrona en los centros de salud, tal y como la conocemos ahora, no se contempló hasta 1991.

R. Esa fue una de mis suertes, tras dos años de mucha formación en Atención Primaria, me ofrecieron pasar a trabajar de matrona, y no lo dudé. Veía muy claro la amplitud e independencia de nuestra figura junto a médicos y enfermeras en la atención a la mujer en su barrio, en su terreno, allí donde ella es la *dueña y señora*, a diferencia del hospital, donde las mujeres llegan empujadas e indefensas, para que hagamos con ellas y por ellas, pero sin ellas.

P. ¿Siempre has trabajado en Atención Primaria?

R. Sí, tras mi primera experiencia con una comisión de servicios en Toledo, me trasladé a Madrid con la plaza fija que conseguí en el primer concurso-oposición en 1996. Como matrona en hospital solo trabajé los meses de verano de dos años, como una forma de afianzar conocimientos. Llegué al Centro de Salud Ciudad San Pablo, en Coslada (Madrid), en el que llevo 29 años, y a cuyo personal siempre he considerado mi familia, algo que no es tan común y que yo he disfrutado desde el primer día.

Las personas han ido cambiando, pero el espíritu del centro se ha mantenido, por lo que ir al centro de salud era mucho más que ir a trabajar.

Otra de las cosas que he tenido la suerte de tener fue que su coordinador, Francisco Sáez, quería una matrona no compartida con otros centros. Gracias a tener todo el tiempo para esta población pude desarrollar todas las

competencias de mi profesión sin tener que priorizar, como les ha pasado a muchas compañeras que no han tenido más remedio que limitar su atención a la Preparación para el Parto y la Atención a Embarazadas y Puérperas. Yo tuve la suerte de poder atender a muchas mujeres con demandas ginecológicas y hacer Grupos de Mujeres en edad climatérica. Con estas mujeres tuve una gran enseñanza de superación en la cotidianidad de sus vidas.

Una de las técnicas de exploración en aula, la fotopalabra, fue tan enriquecedora que se convirtió en una exposición en el centro de salud en el año 2001, con la colaboración del Ayuntamiento de Coslada. En 2003 recibió el reconocimiento a la mejor comunicación en el Congreso Nacional de Matronas que se celebró en Santander.



P. El Ayuntamiento de Coslada, en 2023, te dio el galardón "El Árbol de la Igualdad" por tu labor en beneficio de este municipio. ¿Cómo fue?

R. Sí, fue muy emocionante verme allí rodeada de otras mujeres y entidades relevantes de la comunidad igualmente homenajeadas. Y algo mucho más halagador fue que en este reconocimiento, según me dijeron después, había tenido mucho peso el trabajo con la paternidad. Fueron muchos los hombres que desde 1997 han asistido a las clases de "solo para hombres".



Entrega por las autoridades municipales del Premio "Árbol de la Igualdad" a Esperanza Agraz, matrona del C.S. de la localidad, por su dedicación y profesionalidad en la salud de las mujeres y por la igualdad

P. En que las matronas trabajemos con los hombres has sido pionera y no siempre bien comprendida. ¿Te apoyaron?

R. Sí, así es, muchas compañeras nunca se han planteado que la falta de corresponsabilidad en los cuidados sea un riesgo para la salud de las mujeres; sí, es una pena que este trabajo se revista de ideología porque eso ciega a muchas compañeras, no viendo las repercusiones en la salud de las mujeres no se puede entender esta actividad. El programa está en la plataforma de Educación para la Salud desde que esta existe en Intranet en 2012 como "... ante su inminente paternidad". Se puede encontrar en la Biblioteca del Centro de Salud Ciudad San Pablo.

Sin embargo, han sido muchas las matronas que les ha gustado la idea y han impulsado la asistencia, sin ellas esta actividad no tiene recorrido. Mi mayor reconocimiento es M^a Paz Gómez Ruiz, gracias a ella la actividad tuvo un gran éxito mientras ella trabajaba en Coslada. Después, el éxito pasó al C.S Legazpi gracias a Adela Izquierdo González y Lola Noceco Paredes.

En la actualidad es Adela quien ofrece estas sesiones en el C.S Aquitania para toda la Comunidad de Madrid.

P. Es un gran reconocimiento a tu trabajo que otras compañeras sigan impulsándolo. ¿Te sientes orgullosa por esto?

R. Es una de mis mayores satisfacciones profesionales. Nunca llegaré a poder transmitir suficientemente mi gratitud a Raquel Ortega Pineda y a Santiago Moreno Larriba, que han continuado formando a matronas para que la salud de las mujeres sea protegida también desde este ámbito de la corresponsabilidad en la crianza. También es para mí muy grato saber que son muchas las compañeras que trabajan la corresponsabilidad de la pareja, en las clases mixtas, y de forma transversal en todas las sesiones.

P. ¿Has sido formadora de personal sanitario, sobre todo matronas en la Atención a la Mujer que sufre Violencia de Género, durante más de 10 años?

R. También fue esa una de las facetas de mi trabajo a la que llegué sin ninguna vocación. La primera vez que oí



Árbol de la Igualdad en Coslada, símbolo del compromiso municipal contra la violencia de género

hablar de esto fue en 1998 en un curso que impartía Luis Bonino, en el Hospital Niño Jesús (Madrid), y que denominaron "La Violencia de los Hombres contra las Mujeres".

Recuerdo decirle al coordinador de mi centro de salud: "me van a oír, como si no hubiera violencia de las mujeres hacia los hombres, voy a pagar las 5.000 pesetas que cuesta este curso para que me oigan"... Y ya lo creo que me oyeron, pero sobre todo me callaron con argumentos con los que vi con claridad lo equivocada que estaba; es muy difícil visibilizar sutilezas en el trato diario en las relaciones de pareja que dañan la salud de las mujeres, empezando por la sobrecarga de los cuidados, con eso de que cuidar es parte de la identidad de ser mujer.

Fue en 2006 cuando ofrecieron un curso de tres meses para formarse para formar. Ya llevaba varios años dando las sesiones con los hombres, y sentía que necesitaba estrategias para poder enfocar estas sesiones como una forma de prevención. El tiempo ha venido a decirnos que cuando los hombres son cuidadores es mucho más difícil que tengan actitudes de abuso, y la inminente paternidad pone a los hombres en una actitud de escucha que no se encuentra en otros momentos de su vida, así que no había que dejar pasar esta oportunidad para que los hombres renuncien a sus privilegios de ser cuidados.

P. Me resulta curioso esos orígenes, siempre me pareció que eras feminista "de cuna".

R. No, que va, o sí, ahora que lo pienso. Cuando fui a este curso yo decía que "no era feminista, que era igualista", así, haciendo gala de mi torpeza y mi ignorancia. Mis padres tenían un bar, un negocio familiar, y yo necesitaba que ellos vieran que yo era el mejor camarero, y que ser mujer no me obligaba a tener que estar en la cocina. El hecho de que esta profesión es temporal, que todos los veranos los camareros eran nuevos, y yo estaba todos los años, les convenció; ahora veo que fue esa mi primera lucha como feminista, aunque no hubiera oído hablar de este movimiento social.

P. ¿Crees que esos orígenes han influido en ser la matrona que eres?

R. Sobre todo la actitud de servicio. Servir, para mucha gente, ha tenido siempre una connotación peyorativa y eso nunca fue mi realidad. Estar al servicio del bienestar y disfrute de los clientes ha sido para mi familia una profesión muy dignificante. Un día me recordaste que en una jornada de climaterio lancé el eslogan, dirigido a las mujeres, que decía "Tu salud es lo nuestro", quizás procedía de este bagaje familiar.



Campaña "Más corazón" 2018. C.S. Ciudad de San Pablo, Coslada (Madrid)

P. Te recuerdo en muchos foros con una defensa de la mujer, y de nuestra profesión, muy confrontativa, muy de frente, eso supongo que no te ha debido de abrir muchas puertas...

R. Sí, así es, es una parte de mi carácter que me ha cerrado muchas puertas, pero algunas de ellas la honestidad me las ha abierto, por eso me he sentido querida y apreciada por mucha gente que de entrada se asustaban ante mi vehemencia.

Recuerdo una jornada de ginecología en el Hospital de Toledo en la que solo había médicos del hospital y dos matronas de centros de salud, y de repente entendí que allí no se estaba hablando de las mujeres, sino de unas vaginas y unos úteros, que ellas les traían para que ellos se vanagloriaran de sus técnicas quirúrgicas. Fue la primera vez que tomé conciencia del daño que estábamos haciéndoles a las mujeres con esa cosificación, con despersonalizarlas. De eso hace más de 30 años, y no hace tantos años que "se consiente" hablar de violencia obstétrica, y con poco aplauso fuera de nuestro ámbito.

P. Resulta difícil hablar de violencia en un contexto de maternidad, casi que solo pronunciarla ya hace daño...

R. Sí, desde luego, en todos los ámbitos, pero más en un momento en el que socialmente existe la deseabilidad de felicidad. Sin embargo, las matronas sabemos que la alegría no viene sola con una criatura recién nacida a la que cuidar, que el miedo y la tristeza hacen entrada mucho más de lo que las mujeres esperan; y la rabia, esa emoción que nos da un extra de energía para quitar de en medio muchos obstáculos en nuestro camino, es una emoción poco consentida a una madre.

A las emociones, que vienen por ser mamíferos, mucho antes que ser racionales, no se les da la entidad de supervivencia que ofrecen, y no darles este aprecio lleva a muchas mujeres a no disfrutar de su maternidad, simple y llanamente, por falta de escucha del propio cuerpo. Las violencias que sufren las mujeres se suelen detectar por las consecuencias en su salud, no en las confidencias ni relatos que nos pueden traer a la consulta, y es nuestra labor que las mujeres sean capaces de hacer esa asociación para que pueda plantearse un cambio en su vida que mejore su salud y bienestar.

P. Sois muchas las matronas que os habéis sumergido en estudios para ver más allá, para profundizar en temas que, quizás en la formación de matronas, se quedan a penas pincelados.

R. Son muchas las ocasiones que la escucha de las mujeres te lleva a buscar respuestas que no encuentras en lo sani-

tario. Cuando entendí que nuestra profesión tenía mucho más campo de trabajo en lo psicosocial que en el biológico, empecé a estudiar Sociología, pero tras concluir el segundo año me faltaba concreción, así que lo dejé para hacer el Máster de Sexología en Incisex.

Allí tuve el privilegio de conocer a Efigenio Amezáa, y de todas sus enseñanzas me quedé fundamentalmente con dos premisas que no he dejado de tener presente en todo mi quehacer profesional. Una, "dejemos de atender lo urgente para atender lo importante", y dos, "no respondemos a preguntas, atendemos a las personas", lo que viene a decir, que la urgencia por dar respuestas nos impide ver lo importante, que la mujer nos haga esa pregunta y no otra. En definitiva, que favorecer la autonomía de la mujer para decidir qué es lo mejor para su vida es más importante que el que salga de la consulta con una "receta" para su vida.

También a nivel personal fue una gran suerte estar en estos estudios cuando me diagnosticaron un cáncer de mama que precisaba mastectomía. Aquí lo urgente era salvar mi vida, pero para mí lo importante era no perder calidad de vida, y para ello tuve que cambiarme dos veces de hospital para salir del quirófano con la reconstrucción mamaria.

En esta experiencia entendí cómo la sexualidad en la mujer no solo se ningunea, sino que se desprecia, que hablar de sentir placer es frivolidad. Este duelo lo mantuve desde esta lucha y cuando vi mi cuerpo en la pantalla del Congreso de Sexología de Valladolid en 2011, recibiendo el primer premio de fotografía erótica, pude descansar.

P. ¿Cuál es tu opinión sobre las unidades docentes?

R. Mi opinión no tiene valor. Hace tiempo que no tengo residentes de matrona. Tristemente el centro de salud donde tengo mi plaza sufrió un cambio poblacional, que llevó a no tener tanto trabajo como para asegurarles la formación. Se intentó que vinieran una sola semana mientras estaban en otro centro para ver mi enfoque de trabajo, pero no se pudo mantener. Fue una gran pérdida, las nuevas generaciones siempre han sido para mí un gran aliciente laboral.

Lo que de entonces recuerdo es que estaban poco tiempo en primaria y que eran pocas las que apostaban por este puesto de trabajo por delante del hospitalario. Quizás eso ha cambiado desde entonces, pero llegar a la Atención Primaria después de haberse quemado en la hospitalaria no me parece la mejor forma. Cuando he visto a compañeras jóvenes en las reuniones de matronas de Atención Primaria, me da mucha tranquilidad.



1^{er} premio de fotografía erótica en el Congreso de Sexología (Valladolid, 2011)

P. ¿Cómo sientes el futuro de nuestra profesión?

R. Me va a costar ser optimista, y nada desearía más que equivocarme. Las matronas trabajamos desde la salud, casi siempre, y no desde la enfermedad, y la prevención y promoción de la salud no ha encontrado indicadores objetivos con los que defenderla en cortos periodos políticos en los que se buscan resultados visibles a bajo coste.

Es muy triste que lo económico esté por encima de las necesidades humanas; sabemos que los recursos son finitos y los deseos infinitos, sabemos no confundir deseos con necesidades, eso supone un gran ejercicio de decodificación de la demanda, para lo cual nuestra única herramienta es la entrevista clínica y no los datos analíticos ni ecográficos.

P. ¿Cuál sería tu propuesta?

R. La reflexión, trabajar en presencia y en conciencia, lo mismo que cuando tienes que cuidar a una recién nacida o a una anciana, sin olvidar que el vínculo es lo que lleva a sanar; y en caso de un ser humano recién nacido a poder desarrollar todas sus potencialidades. La evolución humana apostó por que la *gestación* fuera más allá del útero, dándole a lo social y lo relacional tanta relevancia como a lo biológico.

Por ejemplo, hablar en los grupos de Preparación para el Nacimiento y la Crianza de Lactancia Materna y Puerperio, antes de los Cuidados de Recién Nacido, no va en esta línea porque ¿a quién vas a dar el pecho? ¿En función de qué vas

a vivir los próximos meses? Yo no tengo ninguna duda de que es en función de "lo que tengo entre manos", es decir, a mi hija, a mi hijo, un ser humano recién nacido, que no es un extraterrestre, que va a tener las mismas necesidades que todo ser humano, o sea, las mismas necesidades que tienes tú, y si eso no lo tienes claro, la lactancia materna tiene muchos visos de ser un suplicio... Y las emociones, y tus relaciones familiares, un caldo de cultivo donde crecerán encuentros y desencuentros que harán tus primeras vivencias con la maternidad algo a recordar o a querer olvidar.



Grupo de autoayuda a la crianza. Taller de lactancia, mamás creadoras de la "Tribu Barrio del Pilar", durante la pandemia

Algo tan simple como el orden que se traten los temas no es algo baladí. Tras el parto, o mejor incluso antes del embarazo, las madres, los padres, tendrían que saber qué van a tener entre manos, algo que no es un juguete con el que divertirse y aparcarlo en la estantería cuando me canso o tengo otras cosas que hacer; porque no es un *algo*, es un *alguien*.

Pretender que en seis sesiones de hora y media se hable de todo esto no es dar valor a los conocimientos de Educación para la Salud; las sesiones que damos las matronas en un curso no pueden ser clases magistrales, tienen que ir a las creencias y no a los conocimientos, y las creencias no se cambian con ideas.

P. ¿Crees que el hecho de que nuestra formación fuera una carrera independiente de enfermería facilitaría este enfoque profesional?

R. Siempre he dicho que yo soy la matrona que soy por la enfermera que fui. Mi experiencia es que siendo enfermera aprendí toda la Educación para la Salud, tanto en grupo como en consulta, pero eso fue en aquellos entonces que estaba todo por hacer. Después he visto que la enfermería no ha seguido esta línea, son muy pocas las actividades de Educación para la Salud en grupos en los centros de salud. Quizás si nuestra carrera fuera independiente, al ser la Preparación para el Nacimiento y la Crianza una actividad que no puede hacerse de otra forma que en grupos, las matronas tendríamos formación más específica en Promoción para la Salud, en Prevención Primaria, en técnicas grupales, en entrevistas motivacionales.

Lo psicosocial parece muy abstracto, pero la Teoría de Apego le da mucha concreción, y su trascendencia es tan demoledora en la salud mental que las matronas no podemos no estar con las mujeres en sus dificultades de relación con su bebé, con sus parejas, con sus familiares, con su comunidad, viendo tantas decepciones con la maternidad fruto del cansancio y la crianza en soledad.

Que las matronas tomemos más conciencia del valor del acompañamiento, de que la escucha activa es en sí misma una actividad terapéutica, es algo que quizás tenga más posibilidades de desarrollo en la carrera independiente, junto a los conocimientos propios de nuestra profesión, que siendo tratadas estas técnicas años antes de llegar a estos conocimientos.

P. ¿Tu balance de todos estos años de profesión es positivo?

R. Sí, claro, muy positivo, me resulta muy difícil imaginar mi jubilación sin tantas satisfacciones personales como me ha dado mi profesión. Es mi principal reto personal en la actualidad: soltar las riendas para que las nuevas generaciones de matronas hagan su futuro y encontrar nuevos alicientes vitales que me permitan disfrutar de mi tiempo a plena disposición para otras actividades a las que le tengo ganas, pero obvio que echaré mucho de menos tantos buenos ratos en la consulta, en los grupos y con mis compañeras de trabajo.

Querida Esperanza, ha sido un placer compartir este tiempo contigo y te lo agradecemos muy sinceramente.

A lo largo de tu carrera, como dices, haces un balance positivo. Motivos no te faltan, y hay algo muy interesante en la relación que has tenido con las mujeres que han pasado por tu consulta y recibido tu atención. Una de ellas te dedica unos versos que te retratan bastante bien y que inevitablemente reproducimos aquí:

*Esperanza de cristal
transparente y opaca
dura y frágil a la vez.
Esperanza de cristal
de bordes cortantes y afilados
si se te rompe.
Esperanza de cristal
verde, azul, amarilla
la vida es del color que tú la tiñas.
Esperanza de cristal,
que me abrigas del frío
y me haces hervir
cuando me cobijo a tu sombra*

ATENEA
Redactora AEM

AGENDA

Día Mundial de la Anticoncepción



Un año más la Asociación Española de Matronas (AEM) se ha adherido al manifiesto del Día Mundial de la Anticoncepción. Este año ha sido presentado bajo el lema "La justicia reproductiva es salud, dignidad y poder para decidir".

Día Mundial de
la Anticoncepción
2025

Manifiesto

Todas las personas deben tener el derecho y la capacidad de tomar decisiones libres y seguras sobre su reproducción. Esto incluye acceder a servicios de salud reproductiva, como anticonceptivos, atención durante el embarazo y el parto, así como el derecho a decidir si quieren tener descendencia, cuándo y su número. Además, la Justicia Reproductiva busca eliminar las desigualdades y barreras que puedan impedir que las personas ejerzan estos derechos, promoviendo una sociedad más equitativa y respetuosa con las decisiones individuales.

La Justicia Reproductiva está estrechamente relacionada con otros derechos fundamentales, ya que forma parte de un conjunto de derechos humanos que buscan garantizar la dignidad, la igualdad y la libertad de las personas. Por ejemplo:

1. Derecho a la salud: la Justicia Reproductiva implica acceso a servicios de salud adecuados, gratuitos, y seguros

para acceder a técnicas de reproducción asistida en caso necesario, embarazo, parto y puerperio, así como para la interrupción voluntaria del embarazo si esa es la opción elegida.

2. Derecho a la igualdad y no discriminación: que busca eliminar las barreras y discriminaciones basadas en género, raza, orientación sexual o condición socioeconómica que puedan limitar el ejercicio de derechos reproductivos.

3. Derecho a la autonomía y a la toma de decisiones: reconoce que cada persona debe tener la libertad de decidir sobre su cuerpo y su vida reproductiva sin presiones o restricciones externas.

4. Derecho a la educación: la información y la educación sexual son esenciales para que las personas puedan tomar decisiones informadas en cada etapa de su vida, así como para establecer su plan reproductivo.

5. Derecho a la privacidad: resguarda la confidencialidad y la libertad de decidir.

La Justicia Reproductiva no funciona aisladamente, sino que está vinculada a un marco más amplio de derechos que buscan promover la igualdad, la libertad y la dignidad de todas las personas.

Debemos entender la Justicia Reproductiva desde una perspectiva interseccional. Esta es una forma de entender cómo diferentes aspectos de la identidad y las circunstancias de una persona —como su género, raza, clase social, orientación sexual, discapacidad, entre otras— se cruzan y afectan a su experiencia y a su acceso a los derechos reproductivos. Desde esta perspectiva, se reconoce que no todas las personas enfrentan las mismas barreras o desigualdades, y que estas experiencias están interconectadas.

Por ejemplo, una mujer inmigrante o de bajos recursos, puede enfrentar obstáculos diferentes y más complejos para acceder a servicios de salud reproductiva que alguien en otra situación. La perspectiva interseccional busca enten-

der y abordar esas múltiples capas de desigualdad para promover una Justicia Reproductiva más inclusiva y equitativa para todas las personas.

En resumen, la Justicia Reproductiva combina diferentes dimensiones de identidad y situación para analizar cómo se viven y enfrentan las desigualdades en derechos reproductivos, promoviendo soluciones que integren esas múltiples realidades.

Desde la SEC y la FEC estamos decididos a promover a través de nuestras actividades de formación y participación de los y las profesionales vinculados a la Salud Sexual y Reproductiva, respuestas que favorezcan la JUSTICIA REPRODUCTIVA en nuestro país.

Fundación Española de Contracepción
Septiembre de 2025

Subcomisión de seguimiento del Plan Nacional de Sangre de Cordón Umbilical



Jornada
La donación de sangre de cordón umbilical
Pasado, presente y futuro

27 de noviembre de 2025
De 11.00 a 17.30 h.
Palau Macaya de Barcelona

La Asociación Española de Matronas (AEM), como parte de la Subcomisión del Plan Nacional de Sangre de Cordón, ha participado en la reunión actual de la Organización Nacional

de Trasplantes (ONT) mediante el abordaje, entre otros varios puntos, de la problemática del descenso llamativo de las recogidas de cordón umbilical, actualmente llamativa y alarmante.

Las matronas acogieron esta actividad, con auténtico entusiasmo y responsabilidad, la incluyeron en su práctica diaria y se convirtieron altruistamente en las máximas artífices de esta iniciativa. Ellas han sido quienes ofrecían el aporte de información en Atención Primaria a las mujeres/parejas sobre esta posibilidad, hasta el momento ignorada, y que podía, como se ha demostrado, ser fuente de vida para personas afectadas de enfermedades sanguíneas necesitadas de un trasplante, cerrando el círculo con la recolección de esa valiosa sangre tras el parto.

Sin embargo, desde 2012, se viene observando paulatinamente un descenso significativo de la actividad de recolección de sangre de cordón umbilical, llegando a la cifra de 2024 de tan solo 42 recogidas. A este dato, se suma el hecho de que solo un 14% de estas se ha estimado de calidad 1, lo que significa que un 86% de las colectas realizadas son de categorías inferiores (2-4), menos aptas e incluso no aptas para trasplante.

Si bien es cierto que el trasplante con unidades de cordón umbilical es residual entre los trasplantes, es resiliente y sigue teniendo utilidad. La sangre que queda en el cordón umbilical tras el nacimiento, y que solo se puede recoger si la madre voluntariamente la dona, tiene unas propiedades únicas. Es rica en células madre, con un alto potencial terapéutico, y por eso todos sus componentes pueden transformarse en tratamientos que salvan vidas.

La donación de cordón es especialmente necesaria cuando los pacientes son niños, debido a una mayor similitud entre las células del donante y del receptor. También es una alternativa imprescindible por su inmediatez, en situaciones en las que, por ejemplo, no hay un donante compatible. Gracias a las donaciones de todo el mundo y a los registros internacionales de donantes, el 98% de estos pacientes puede encontrar un donante compatible cuando no lo tiene entre sus familiares.

El Banco Público de Cordón y Tejidos de Cataluña es el banco europeo que más trasplantes de sangre de cordón umbilical ha hecho en todo el mundo, como se observa en los datos del registro Eurocord. Este banco es un refe-

rente internacional y acaba de cumplir 30 años. Gracias a las madres donantes, a lo largo de estos años, un total de 2.146 pacientes con enfermedades de la sangre como leucemias o patologías hereditarias han podido recibir un trasplante de células madre de la sangre del cordón donada (trasplante hematopoyético).

Ante esta situación, y dado que la recolección *in utero* solo puede efectuarla personal obstétrico (matronas y obstetras), se ha puesto en marcha en algunas comunidades un tipo de recolección *ex utero* en la que intervendrían como recolectores personal del banco de sangre, con la idea de avanzar hacia una recolección mixta.

La caída de la donación solo se puede explicar por diversos factores: la caída de la natalidad, el desconocimiento, la falta de concienciación, la creencia errónea de que la donación puede conllevar riesgos, a pesar de ser una práctica avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la carga de trabajo asistencial de las matronas.

Esperemos que esta situación pueda revertirse y todos los implicados adquieran la información necesaria y el compromiso ético de seguir trabajando por un bien que potencialmente necesitaremos todos, bien por afecciones hematológicas (derivado del envejecimiento poblacional como problemas oculares graves a que van destinados los colirios hechos con sangre de cordón umbilical) o el PRP obtenido de esta sangre para artrosis graves de rodilla. Por su parte, también pueden beneficiarse de ello muchas mujeres jóvenes con síndrome de Asherman que puedan tratarse con terapias innovadoras que utilizan células madre o plasma rico en plaquetas (PRP), derivados de sangre de cordón umbilical, para regenerar el endometrio, más allá del tratamiento quirúrgico convencional a fin de mejorar la implantación y la fertilidad.

Tras la reunión, se realizaron unas jornadas con inscripción abierta y gratuita al público profesional interesado sobre donación de cordón umbilical. Dichas jornadas contaron con reputados ponentes que aclararon dudas y mostraron las evidencias científicas más actuales en torno a esta actividad y el futuro que se vislumbra para ella.

Acuerdo histórico AEM-FAME

El pasado septiembre, la Asociación Española de Matronas (AEM) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) celebraron una reunión con el objetivo de firmar un acuerdo de colaboración de cara a iniciar las gestiones en pro de una carrera universitaria independiente de enfermería (Titulo Matrona) y seguir avanzando juntas en la defensa y el fortalecimiento de la profesión.

Este compromiso compartido supone un paso importante para impulsar el desarrollo profesional, consolidar nuestros objetivos comunes y trabajar unidas por los derechos de las mujeres, las familias y la salud sexual y reproductiva en todas las etapas de la vida. En la reunión estuvieron presentes, por parte de FAME, M^a José Caravaca, presidenta, y Gotzone Urteaga, tesorera; y por parte de la AEM, Rosa María Pla-

ta, presidenta, y M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta emérita y vocal de Relaciones Institucionales de la AEM.

Desde AEM Y FAME celebran este acuerdo que refuerza la unión entre asociaciones y abre nuevas oportunidades para seguir defendiendo a las matronas y su papel esencial en la sociedad con más fuerza que nunca.

Esta vía de diálogo y colaboración recién abierta ha cristalizado en una nueva acción conjunta de ambas entidades representativas de las matronas españolas, en la firma de un documento dirigido al Ministerio de Sanidad para solicitar formalmente la inclusión expresa de la profesión de matrona en el articulado del proyecto de Ley de Medicamentos y Productos Sanitarios en materia de prescripción.



Rosa M^a Plata, Gotzone Urteaga, M^a José Caravaca y M^a Ángeles R. Rozalén

La estrategia de igualdad de género de la UE incluye a las matronas

Se ha publicado la Agenda de la Comisión Europea y la actualización de la Directiva sobre Partería no figura en ella. Esto significa que tendremos más tiempo para la incidencia política a lo largo de 2026.

Sin embargo, la nueva Estrategia de Igualdad de Género de la UE 2026-30* insta específicamente a la Comisión a actualizar la Directiva para alinearla con las normas internacionales y aborda la partería como una cuestión de igualdad de género.

Considerando que la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que una atención de partería de calidad es crucial para mejorar la salud materna y neonatal, reducir las intervenciones y mejorar la experiencia de las mujeres en el parto, se pide a la Comisión que elabore normas comunes a escala de la Unión Europea (UE) en materia de partería prenatal, durante el parto y después de este, así como en materia de salud neonatal y materna, para actualizar la Directiva de la UE sobre partería en consonancia con las normas internacionales y permitir que los profesionales sanitarios compartan las mejores prácticas en este ámbito.

Pide a la Comisión que cree un marco integral y vinculante y que garantice el acceso pleno e igualitario a todos los servicios de salud sexual y reproductiva para todas las personas en la UE, independientemente de su estatus migratorio o de residencia. Señala que estos servicios y derechos in-

cluyen atención obstétrica, ginecológica y atención de partería prenatal, durante el parto y posnatal, así como atención neonatal respetuosa y de alta calidad; información y servicios integrales sobre planificación familiar; atención que reafirme el género; acceso a atención y tratamientos de reproducción asistida y fertilidad; métodos anticonceptivos modernos, seguros y asequibles de libre elección; y el derecho a servicios de aborto seguro y legal (médico y quirúrgico); educación sexual y relacional adaptada a la edad; prevención de ITS; profilaxis posexposición; servicios de detección y tratamiento como parte integral de sus derechos humanos, sin los cuales no se puede defender el Estado de Derecho. Destaca que los Estados miembros deben garantizar que estos servicios sean accesibles, asequibles y no discriminatorios; pide a la Comisión que reconozca todas las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como una forma de violencia de género.

Esta es la primera vez en la historia que la Estrategia de Igualdad de Género de la UE menciona a las matronas, por lo que la profesión ¡está de enhorabuena!

*The European Parliament. Gender Equality Strategy 2025. European Parliament resolution of 13 November 2025 on the Gender Equality Strategy 2025 (2024/2125(INI)). P10_TA(2025)0278. Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-10-2025-0278_EN.pdf

La AEM y la fundación FAS

La Fundación Alcohol y Sociedad (FAS) ha conmemorado su 25º aniversario con un acto institucional celebrado en Madrid, en el que ha reivindicado la educación y la colaboración entre agentes sociales como los pilares fundamentales para prevenir el consumo de alcohol en menores de edad.

Desde su creación, en el año 2000, la entidad ha formado a más de 2,9 millones de estudiantes de entre 12 y 18 años,

además de a 50.000 familias y 20.000 centros escolares en toda España, consolidando un modelo preventivo basado en la evidencia científica. Su programa principal, *Menores ni una gota*, ha logrado, según datos de la fundación, que siete de cada diez participantes modifiquen su relación con el alcohol retrasando el inicio o reduciendo el consumo.

Durante la gala, conducida por Silvia Jato, directora de Relaciones Institucionales de la fundación, se repasaron los

principales hitos de su trayectoria. Uno de los momentos más destacados fue la proyección del documental *Una conversación pendiente. Menores y alcohol*, dirigido por Jaime Dezcallar y protagonizado por la psicóloga y actriz Isabel Aboy. La pieza se centra en cómo abordar el consumo de alcohol en el entorno familiar. Disponible en <https://www.alcoholysociedad.org/>

El evento, al que asistió representación de la AEM como entidad colaboradora de esta fundación, contó con la intervención por vídeo de la ya exministra de Educación, Formación Profesional y Deportes, Pilar Alegría, que felicitó a la fundación por su labor y señaló que el Ministerio "comparte plenamente el lema Educar para prevenir, porque la educación no solo transmite conocimientos, sino que también ayuda a formar ciudadanos, libres, responsables y conscientes de las consecuencias de sus decisiones".

Alegría subrayó el impacto del programa *Menores ni una gota* y su contribución a cambiar actitudes entre los más jóvenes. El viceconsejero de Política y Organización Educativa de la Comunidad de Madrid, José Carlos Fernández Borreguero, y el segundo teniente de alcalde del Ayuntamiento de Madrid, Borja Carabante, también asistieron al acto.

Además, tuvo lugar la primera edición de los Premios CERO, con los que la fundación reconoce a entidades, profesionales y proyectos comprometidos con el bienestar de la infancia y la adolescencia. Entre los galardonados figuran la Fundación ANAR, el atleta Álvaro Núñez (primer deportista con síndrome de Down en completar una maratón), el Proyecto Elliot de la Fundación A La Par, el grupo Atresmedia por su iniciativa "Objetivo Bienestar Junior" y el centro escolar SAFA Linares de Jaén.

Los resultados obtenidos por FAS se reflejan en la última Encuesta ESTUDES 2025, elaborada por el Ministerio de Sanidad, que constata una reducción histórica del consumo de alcohol entre menores. Según los datos, el 73,9% de los jóvenes ha consumido alcohol alguna vez en la vida (frente al 84,1% en 1994), el 51,8% en los últimos 30 días (frente al 75,1%) y el consumo intensivo o *binge drinking* se sitúa en el 24,7%, su nivel más bajo desde el año 2000.

La Fundación Alcohol y Sociedad recoge en un comunicado su intención de seguir trabajando en colaboración con familias, centros educativos y administraciones públicas, para reducir riesgos y promover hábitos saludables entre la población más joven.



Silvia Jato, Directora de Relaciones institucionales de FAS presentó la gala, junto a las representantes de la AEM en el evento, Ana Anocibar y Mª Ángeles Rodríguez Rozalén



Enferteca
grupo paradigma



La mayor biblioteca digital de Enfermería

¿Qué es Enferteca?

Enferteca es la mayor plataforma digital de contenidos especializados en Enfermería, cuyo objetivo es hacer llegar a todos los profesionales del sector información completa, actualizada y de calidad para su día a día.

¿Qué materiales contiene?

- Más de 150 libros especializados
- Revistas
- Buscador inteligente Encuentra@
- Videoteca
- Imágenes
- Infografías



enferteca.com

¿Qué ventajas aporta?

1. **Contenidos 360°:** podrás consultar todos los contenidos o aclarar cualquier concepto en tu día a día.
2. **Calidad:** todos los contenidos ofrecidos son del más alto nivel y han sido elaborados por autores de prestigio enfermero en España.
3. **Actualidad:** todos nuestros materiales se encuentran en continuo proceso de revisión y actualización, buscando ofrecer siempre las últimas novedades de aplicación práctica en Enfermería.
4. **Accesibilidad:** accede en cualquier momento y desde cualquier lugar, de manera ágil y rápida, a través de cualquier dispositivo con conexión a internet.