

Entre el deseo y las barreras: salud sexual y reproductiva en mujeres con problemas de salud mental



Dirección publicación:

Beatriz San Román e Irene Salvo

Contenidos de este número:

Paola Galbany, Gloria Tort y
Maria Romeu

Ilustraciones:

Colección Digital CC0 Museo Getty
Estatuillas femeninas anónimas

Coordinación:

Victòria Badia

Noticias y agenda:

Ana Cerezuela

Suscripción y contacto:

gr.afin@uab.cat

ISSN: 2013-2956

La sexualidad y la reproducción forman parte de la vida de todas las personas. Tienen que ver con decisiones importantes sobre el propio cuerpo y el proyecto de vida de cada persona. Sin embargo, no todas las personas pueden vivirlas y ejercerlas. En el caso de las mujeres con problemas de salud mental graves, estas decisiones se ven con frecuencia fuertemente condicionadas tanto por el entorno social como por el sistema sanitario.

En este artículo compartimos los resultados de una investigación sobre cómo viven la salud sexual y reproductiva mujeres con un diagnóstico de trastorno mental grave, es decir, con problemas de salud mental intensos y de larga duración, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Nos interesa entender qué les facilita cuidarse, qué dificultades encuentran y la influencia del sistema sanitario y del entorno social en sus decisiones.

Muchas de estas mujeres quieren ser madres, pero ese deseo a menudo queda en silencio en el sistema sanitario y, también, en las investigaciones. Con frecuencia, sus experiencias quedan fuera del foco o se abordan desde una mirada principalmente clínica, que no siempre tiene en cuenta sus deseos, sus decisiones ni las condiciones en las que estas se producen. Por eso, en este trabajo, ponemos el foco en sus relatos. No se trata solo de identificar dificultades, sino de entender cómo interactúan los factores personales, sociales e institucionales, y cómo esta interacción puede generar o reproducir desigualdades en el ejercicio de la salud sexual y reproductiva.



Estatuilla de Kore (hacia 480 a.C.).
Colección del Museo Getty.

Para profundizar en esta realidad, entrevistamos a ocho mujeres. Sus trayectorias eran distintas, pero compartían una experiencia común: cuidar su salud sexual y reproductiva no siempre depende solo de ellas. Algunas mantenían un seguimiento habitual; otras lo habían ido dejando por el camino. Sus relatos ayudan a entender cómo viven el cuidado de su salud sexual y reproductiva, por qué a veces resulta difícil acceder a los servicios y qué factores influyen en sus decisiones.

En sus relatos, la maternidad aparece como un tema central, cargado de significado y también de tensiones. Hablaron de sus deseos de ser madres, pero también de los miedos que los acompañan y de las ideas preconcebidas



Figura femenina del período Spedos temprano.
2700–2500 A.C.
Colección del Museo Getty.

que circulan en su entorno. Muchas de estas creencias —como pensar que no serán capaces de ser madres o que tomarán malas decisiones por tener un trastorno mental— acaban siendo interiorizadas. A ello se suman las renunciadas y las decisiones de no tener hijos, que forman parte de trayectorias vitales complejas y, en muchos casos, atravesadas por el estigma.

Además, incorporamos la voz de profesionales de la salud mental y de la salud sexual y reproductiva (psiquiatras, enfermeras de salud mental, ginecólogos y matronas) que acompañan a estas mujeres en distintos momentos de su vida. Sus testimonios permiten comprender mejor qué funciona en la práctica cotidiana y dónde aparecen las principales dificultades, especialmente cuando los servicios no se comunican entre sí ni ofrecen una atención coordinada.

Este artículo pone en diálogo la experiencia de las mujeres y la mirada de los equipos profesionales para acercarnos a lo que realmente está pasando en la práctica. A partir de estas voces, buscamos visibilizar qué dificultades persisten, qué está faltando en la atención y qué cambios concretos podrían marcar la diferencia en la vivencia y en los resultados de salud de las mujeres con trastorno mental grave en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Cuando la salud sexual y reproductiva queda en segundo plano

La salud sexual y reproductiva es un derecho, pero para muchas mujeres con problema graves de salud mental queda en un segundo plano. En la práctica, esto

se traduce en menos revisiones preventivas, menos apoyo en planificación familiar y más dificultades a la hora de resolver dudas importantes. La propia organización del sistema sanitario contribuye a esta situación: las consultas van con prisas, las agendas están saturadas y los distintos servicios no siempre trabajan de forma coordinada.

En este contexto, la maternidad aparece atravesada por silencios y por el miedo al juicio. Algunas mujeres desean ser madres, pero no encuentran espacios donde expresarlo con confianza. Otras deciden no serlo, pero sienten que deben justificar constantemente su decisión. En ambos casos, la falta de información clara y los mensajes contradictorios (especialmente en relación con la medicación, el embarazo o la lactancia) generan inseguridad y refuerzan la sensación de afrontar estas decisiones en soledad. Muchas mujeres explican que, incluso cuando quieren cuidarse, el propio funcionamiento del sistema no siempre lo facilita. Horarios poco flexibles, visitas muy espaciadas, circuitos poco claros o la necesidad de acudir a distintos servicios para resolver una misma cuestión acaban dificultando el seguimiento. Esta falta de continuidad no solo retrasa la atención, sino que también genera incertidumbre y malestar.

A todo ello se añade que, en muchas consultas de salud mental, la prioridad se centra en evitar recaídas o controlar síntomas, dejando en un segundo plano aspectos como la sexualidad, la anticoncepción o los deseos reproductivos. Sin embargo, para las propias mujeres, estas cuestiones no son secundarias:

forman parte de su bienestar, de su identidad y de su proyecto de vida.

Querer ser madre... o no: decidir entre prejuicios y silencios

Cuando una mujer con problemas de salud mental expresa que quiere ser madre, o que no quiere serlo, está compartiendo algo muy íntimo. Una respuesta cercana y respetuosa puede dar confianza. En cambio, una actitud distante o que minimiza lo que la mujer siente y expresa puede hacer que decida no volver a hablar del tema durante años. Decidir no es solo elegir, sino también sentirse escuchada y acompañada.

Los miedos expresados son legítimos: temor a no estar a la altura, a volver a encontrarse mal durante el embarazo o el posparto, a que el bebé pueda verse afectado por la enfermedad o la medicación, o incluso miedo a perder la custodia si algo se interpreta como un



Estatuilla de una amazona (300–200 a.C.).
Colección del Museo Getty.



Estatuilla de una madre con su hijo
(siglos VI–V a.C.) Colección del Museo Getty

“riesgo”. Una de las mujeres entrevistadas explicaba así una experiencia de pérdida de la custodia de sus hijos durante un ingreso hospitalario:

“Yo estaba ingresando y mientras tanto estaban haciendo la adopción. Fue completamente involuntaria. Yo lo que más quería eran mis hijos. Me incapacitaron para hacer de madre. Me incapacitaron, sí. Es horrible. Es que la impotencia era bestial. Es como si continuamente tuvieras algo que te pinchara el corazón por dentro y sangrara, porque es horrible. No se lo deseo a nadie. Horrible, horrible”.

Otras mujeres explican que descartaron la maternidad porque nunca encontraron un

espacio donde plantearlo con confianza, sin sentirse juzgadas o infantilizadas. Por su parte, quienes deciden no ser madres creen necesario que su decisión se respete sin ser puesta en duda una y otra vez y sin sentirse obligadas a convencer a cada profesional de que su elección es válida.

El prejuicio sigue muy presente, tanto el que viene del entorno como el que muchas mujeres han acabado interiorizando. Sin embargo, estas mujeres tienen capacidades, recursos y proyectos de vida tan diversos como cualquier otra. Lo que necesitan es información comprensible, apoyo real y profesionales que confíen en ellas. Cuando esto ocurre, aumenta su seguridad, se implican más en la prevención y encuentran un camino más estable hacia sus objetivos de vida. Como resume una de las enfermeras entrevistadas, “todo gira en torno al estigma, la verdad es que hay mucho desconocimiento: se discrimina, se etiqueta con facilidad al enfermo mental”.

La maternidad nunca sigue un camino recto, y en mujeres con problemas de salud mental este recorrido puede ser todavía más complejo y requerir más apoyos. Algunas mujeres necesitan tiempo y tardan años en sentirse preparadas. Otras, en cambio, viven el embarazo con ilusión, pero necesitan un acompañamiento muy cercano durante el embarazo, el parto y los primeros meses después de dar a luz.

Acompañar bien implica aspectos muy concretos: saber qué señales conviene vigilar, cómo manejar el cansancio, cuándo y a quién pedir ayuda, cómo ajustar la medicación o cómo contar con

personas y recursos que puedan apoyarlas en el día a día. En los relatos más positivos aparece siempre una combinación similar: profesionales que se coordinan entre sí, información clara sobre los posibles riesgos del embarazo, acuerdos compartidos sobre la medicación, apoyo social real y un seguimiento cercano durante el embarazo y las primeras semanas tras el parto.

Cuando alguna de estas piezas falla, aumentan las dudas, aparecen cambios bruscos en el tratamiento o incluso el miedo lleva a ocultar el embarazo por temor al juicio o a recibir una respuesta negativa por parte del sistema sanitario. Para las y los profesionales de la salud, el punto de partida suele ser que la mujer se encuentre bien y estable antes de plantear un embarazo. Ajustar la medicación, revisar qué tratamientos son más seguros, aumentar el número de visitas o coordinar a distintos profesionales no busca poner límites, sino acompañar el proceso de forma segura. Lo esencial es que la decisión (ser madre o no serlo) se respete y que existan caminos claros para sostenerla, sin trabas innecesarias.

Cuando la prevención no llega

La prevención en salud sexual y reproductiva implica mucho más que enviar recordatorios para realizar una prueba médica. Requiere facilitar el acceso, reducir barreras y adaptar los recorridos de atención a la realidad de cada mujer. Pedir una cita puede ser difícil cuando se atraviesa un periodo de altibajos emocionales. Acudir a un centro desconocido puede generar ansiedad y gestionar varias visitas dificulta mantener el seguimiento. Por eso, pequeñas

adaptaciones —como flexibilizar horarios, enviar recordatorios personalizados o contar con profesionales formados en salud mental— pueden marcar una gran diferencia.



Estatuilla de una mujer (siglos VIII–XIV).
Colección del Museo Getty.

La anticoncepción también necesita explicaciones claras y un trato cercano. Varias mujeres contaron que nunca se les habló de opciones adaptadas a su situación personal o que recibieron mensajes contradictorios sobre si su medicación podía interferir con los métodos anticonceptivos. Cuando los servicios de salud mental y salud sexual y reproductiva trabajan sin comunicación fluida, la información llega fragmentada e incompleta, y las decisiones se toman sin una visión global.

Además, la educación sexual adaptada a distintas realidades sigue siendo una asignatura pendiente. La mayoría de las mujeres agradecen espacios donde poder preguntar sin vergüenza sobre consentimiento, placer, límites, prevención de infecciones de transmisión sexual o



Estatuilla de una figura femenina sentada con un niño (siglo V a.C.). Colección del Museo Getty.

o relaciones poco equilibradas. No se trata solo de información, sino de contar con espacios de cuidado que aumenten la capacidad de decidir, evitar riesgos y vivir la sexualidad con más confianza.

Como señalaba una de las psiquiatras entrevistadas, esta dificultad también se percibe en consulta:

“No es que vaya repasando un tema detrás de otro, sino que hablas más de efectos adversos en general. Los hombres sí que te lo suelen sacar espontáneamente, las mujeres no, entonces tampoco indagas... No sé si es que les da vergüenza hablar, no sé”.

Cuando los servicios no se coordinan

Cuando los servicios de salud mental y de salud sexual y reproductiva no están conectados, las mujeres reciben mensajes contradictorios sobre anticoncepción, embarazo o medicación. Esta falta de coordinación genera dudas, retrasa decisiones importantes y puede afectar tanto el bienestar emocional como la salud física de las mujeres. La continuidad de la atención no debería depender de la voluntad del profesional ni de la capacidad de la mujer para explicar su situación una y otra vez en cada consulta. Esta falta de coordinación entre servicios también tiene consecuencias que no siempre son evidentes en la consulta. Como explica una ginecóloga, en muchas ocasiones la información sobre la situación de las pacientes no llega de forma directa, sino de manera fragmentada o incluso accidental:

“Muchas veces las pacientes no te lo cuentan. Incluso entran en la historia

compartida y ahí ves, que se ha visto con el psiquiatra, que incluso tiene una discapacidad temporal o que tiene alguna crisis, y muchas veces te enteras, pero de rebote, porque has entrado en la historia compartida buscando una analítica u otra cosa. Este estigma que hay alrededor puede generar que los pacientes no lo cuenten. Y al final esto es importante para llevar un mejor control del embarazo, del postparto y de todo”.

La coordinación, sin embargo, sí es posible con cambios muy concretos: definir claramente quién se comunica con quién, facilitar el paso entre servicios durante el embarazo y el posparto, compartir la misma información entre profesionales y acordar un plan de atención conjunto. No se trata de reinventar el sistema, sino de hacer que lo que ya existe funcione mejor para que el peso de los cuidados no recaiga solamente sobre la mujer.

Pequeños cambios que marcan la diferencia

Las consultas, aunque breves, son momentos importantes. Preguntar “¿cómo te sientes con tu salud sexual?” o “¿tienes dudas sobre anticoncepción, embarazo o lactancia?” puede cambiar por completo la experiencia de atención. Normalizar estas preguntas ayuda a reducir la vergüenza, anticipa necesidades y genera espacios de confianza.

También es útil que las y los profesionales de la salud incorporen de forma habitual explicaciones sobre cómo pueden influir los cambios hormonales en el estado de ánimo, qué hacer si aparece un embarazo no planificado o cómo pedir ayuda si surge ansiedad posparto.



Estatuilla de Minerva (50 a.C.–25 d.C.).
Colección del Museo Getty.

Revisar las pruebas preventivas, ayudar a gestionar las citas o aclarar los tratamientos son pequeñas acciones, pero con un impacto directo: evitan que se pierda el seguimiento y aumentan la seguridad de las mujeres.

La coordinación no requiere grandes cambios, sino gestos concretos: avisar a la matrona de un embarazo, compartir un cambio de medicación entre equipos profesionales o acordar quien será la persona de referencia. Cuando esto ocurre, se reduce una carga importante: la de tener que explicar la propia historia una y otra vez en cada consulta.

Cuidar mejor en la práctica cotidiana

Las mejoras que pueden introducirse en el día a día no requieren grandes cambios en el sistema, sino una forma de atender más cercana y coherente en todas las consultas. Esto implica preguntar de manera natural si la mujer quiere ser madre o no, revisar la prevención sin esperar a que ella lo pida, asegurar que el personal sanitario transmite información coherente —especialmente sobre medicación, embarazo y lactancia— y contar con circuitos ágiles que permitan responder con rapidez cuando aparece un embarazo o durante el posparto. También es fundamental respetar y apoyar las decisiones reproductivas, ofrecer información clara y comprensible y crear



Estatuilla de Roma o Virtus (50–75 d.C.).
Colección del Museo Getty.

espacios donde se pueda hablar sin miedo al juicio.

Del mismo modo que es importante cuidar a las mujeres, también lo es cuidar a los equipos de profesionales, porque de ellos depende que este acompañamiento pueda mantenerse en el tiempo. La calidad de la atención no depende solo de protocolos, sino también de prácticas cotidianas. Con gestos sencillos como preguntar, informar, coordinar, respetar y acompañar, la atención se vuelve más accesible, más humana y segura.

La clave: un sistema que acompañe

Lo que más valoran las mujeres es sentir que el sistema de salud y social las acompaña. Para ellas, esto se resume en cinco elementos clave: que se les pregunte si quieren ser madres o no, que la prevención esté al día sin que sean ellas quienes tengan que solicitarla, que la información sea clara y coherente, que exista una persona de referencia para resolver dudas, y que no tengan que ser ellas quienes hagan de intermediarias entre los servicios.

Cuando estas cinco piezas encajan, la experiencia de cuidado cambia: disminuye el miedo, aumenta la seguridad y las decisiones se viven con más calma. Las familias y redes sociales cercanas también pueden ser aliadas si se las integra desde el principio y si se respeta siempre la voluntad de la mujer. Acompañar no es medicalizar, sino ofrecer apoyo comprensible y accesible.

Lo que marca la diferencia no son los grandes programas de salud, sino la suma de pequeñas prácticas clínicas que generan continuidad. Cuando esto ocurre,

disminuyen la incertidumbre y el miedo, crece la confianza en los cuidados y las decisiones sobre la maternidad, que se toman con más seguridad y menos sensación de soledad.

La coordinación, la escucha y el respeto a las decisiones de las mujeres son pilares de una atención integrada que entiende la reproducción como parte de la vida y no como algo aislado. Incorporar esta mirada significa reconocer que la autonomía no se construye de forma individual, sino que se fortalece cuando el sistema acompaña, la comunicación es transparente y las mujeres sienten que tienen derecho a decidir sobre su futuro.

Profundizar en la salud sexual y reproductiva de las mujeres con diagnóstico de problemas de salud mental graves revela que la clave no está solo en añadir más recursos, sino en cambiar la forma de acompañar: pasar de un sistema que responde tarde a uno que se anticipa y acompaña. Cuando el sistema de salud escucha, informa y coordina, las mujeres no solo reciben mejores cuidados, sino que ganan seguridad y participan de forma más activa en su propia salud.

La capacidad de decidir empieza por algo tan básico como ofrecer información clara, comprensible y sin mensajes contradictorios. Parece evidente, pero en la práctica no siempre ocurre, especialmente cuando los distintos servicios funcionan de manera desconectada.

Un buen modelo de atención no se limita a evitar riesgos, sino que pone a la mujer en el centro, tiene en cuenta su momento vital y le permite avanzar desde su propio

proyecto de vida, sin presiones ni decisiones tomadas por otros. Implica también reconocer que las decisiones no se toman en el vacío, sino en contextos condicionados por relaciones, expectativas y posibilidades reales. Escuchar lo que desea, atender sus preocupaciones y acordar conjuntamente los cuidados no son gestos menores: son acciones que generan cambios reales y duraderos.

Avanzar hacia una atención más justa y humana exige un compromiso colectivo: de los equipos de salud, del funcionamiento y organización de los servicios y de la sociedad. El reto es que ninguna mujer sienta que debe elegir entre cuidar su salud mental o su salud sexual y reproductiva. Ambas deben poder avanzar juntas, con acompañamiento real, información clara y una red de apoyo que sostenga sus decisiones de manera digna y respetuosa. En este sentido, comprender cómo se construyen y viven sus decisiones sexuales y reproductivas implica reconocer que no dependen únicamente de ellas, sino de las condiciones que el propio sistema genera para hacerlas posibles —o para limitarlas—. Visibilizar estas condiciones es un primer paso imprescindible para transformarlas.

Sobre las autoras



Paola Galbany Estragués

Profesora agregada en la Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería Fundamental y Clínica de la Universitat de Barcelona.

Diplomada en Enfermería por la Universitat Ramon Llull (URL)-Blanquerna (1998), licenciada en Antropología Social y Cultural por la Universitat de Barcelona (UB) (2001), postgrado en Enfermería en Cuidados Intensivos por la URL (2006), doctora en Ciencias Enfermeras por la UB (2012) y Postdoctoral Fellowship por la Bloomberg Lawrence S. Faculty of Nursing, Toronto, Canadá (2015-2016). Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC) entre 2017-2020, y profesora titular del grado en Enfermería. Presidenta del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB) entre 2020 y 2024.

Desde 2011 es miembro de diversos grupos de investigación, destacando el Grupo AFIN de la UAB, grupo de investigación centrado en las ciencias sociales, humanidades y ciencias de la salud, donde colabora como investigadora de manera activa.



Gloria Tort Nasarre

Enfermera, antropóloga, doctora en Pedagogía y profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de Lleida.

Desarrolla su actividad docente e investigadora en el ámbito de la promoción y prevención de la salud, la atención primaria, la salud mental y la innovación docente en educación superior. Ha participado en proyectos financiados a nivel nacional de carácter sanitario, social y educativo. Presenta una amplia trayectoria científica con más de 30 publicaciones en revistas de impacto y otros medios de producción científica, como capítulos de libro. Su área de especialización se centra en la investigación cualitativa aplicada a la comprensión de los procesos de salud, cuidado y aprendizaje, así como en el diseño de intervenciones comunitarias con impacto social. En la actualidad, ejerce responsabilidades de gestión académica como vicedecana de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia.



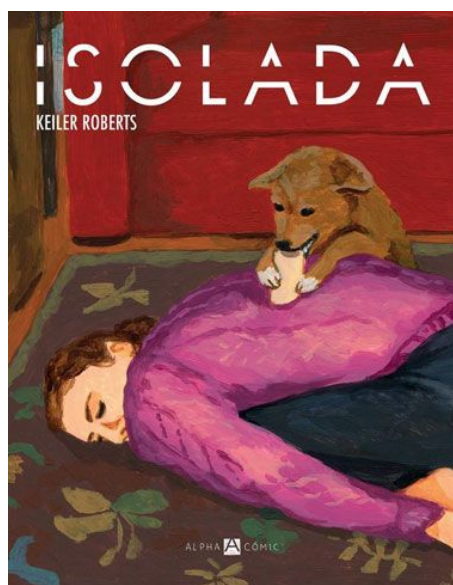
Maria Romeu Labayen

Enfermera especialista en salud mental.

Máster en Cuidados de Enfermería: metodología y aplicaciones de la Universitat de Barcelona.

Doctora en Enfermería y Salud con calificación “Cum Laude” por la Universitat de Lleida en 2019. Profesora asociada en el Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno Infantil de la Universitat de Barcelona (UB), docente de enfermería de salud mental en el Grado de Enfermería del Campus de Bellvitge (2013-2023). Enfermera de salud mental comunitaria en la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Catalunya hasta 2020. Vocal de la Junta de la ASCISAM desde 2006 hasta 2012 y vicepresidenta entre 2009 y 2012. Representante de la ASCISAM en el Consell de la Profesió Infermera de Catalunya y en la organización europea HORATIO. European Psychiatric Nurses durante este periodo. Vocal de la Junta de Gobierno de la Associació Catalana de Professionals de Salut Mental - AEN (ACPSM-AEN) entre 2019 y 2022. Vicepresidenta del Col·legi Oficial d’Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB) entre 2021 y 2024. Presidenta de la Asociación de Investigación de la Diversidad e Intervención Social (AIDIS). Investigadora del Grupo AFIN (2017SGR1791) de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Enfermera en la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) de la Generalitat de Catalunya desde febrero de 2021 hasta la actualidad.

Para leer

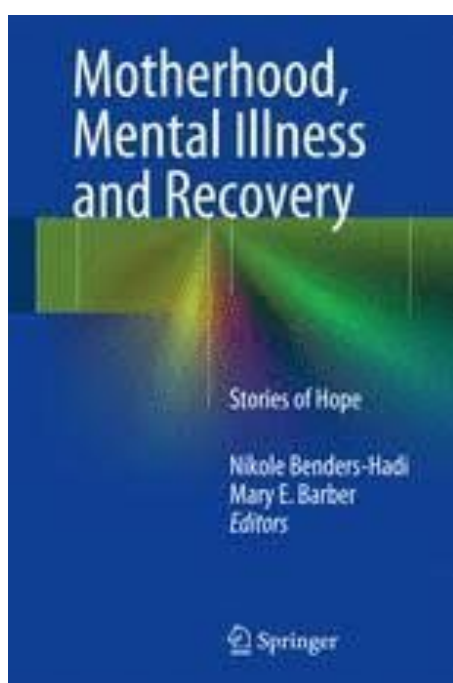


Keiler Roberts (2020)

Isolada

Alpha Decay

Isolada es un cómic autobiográfico que aborda un territorio poco explorado en la literatura: la maternidad desde la perspectiva de una mujer con un diagnóstico de trastorno bipolar. Keiler Roberts, artista y madre estadounidense, construye un relato fragmentado y honesto sobre su vida cotidiana criando a su hija Xia mientras gestiona su enfermedad mental. Roberts utiliza un humor peculiar y una franqueza desarmante para presentar tanto momentos luminosos como oscuros con la misma "lucidez venenosa", construyendo diálogos incómodos, entrañables y profundamente humanos entre madre e hija. El resultado es una obra que desmitifica la maternidad perfecta y visibiliza la realidad de muchas mujeres que afrontan la crianza conviviendo con problemas de salud mental.



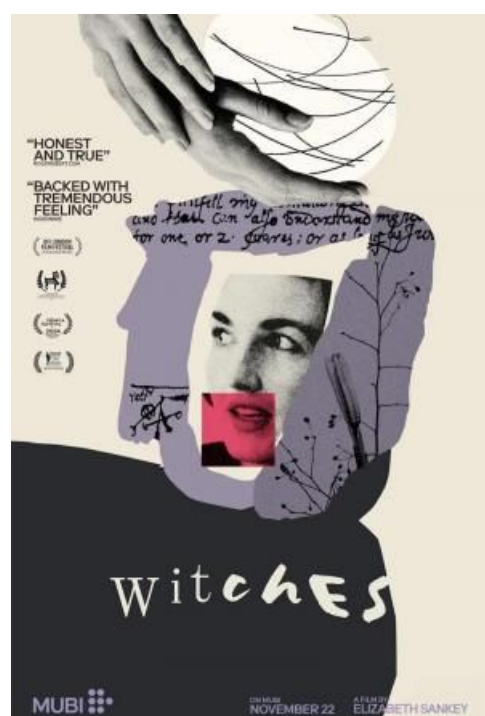
Nikole Benders-Hadi y Mary E. Barber (2014)

**Motherhood, Mental Illness and Recovery:
Stories of Hope**

Springer

Este libro recopila investigación y relatos sobre madres con enfermedades mentales graves, incluyendo experiencias personales, estigma, desafíos y recuperación, contextualizando el papel de la maternidad en la vida de mujeres con diagnósticos psiquiátricos graves, y cómo esto influye en su deseo o en su experiencia materna.

Para ver

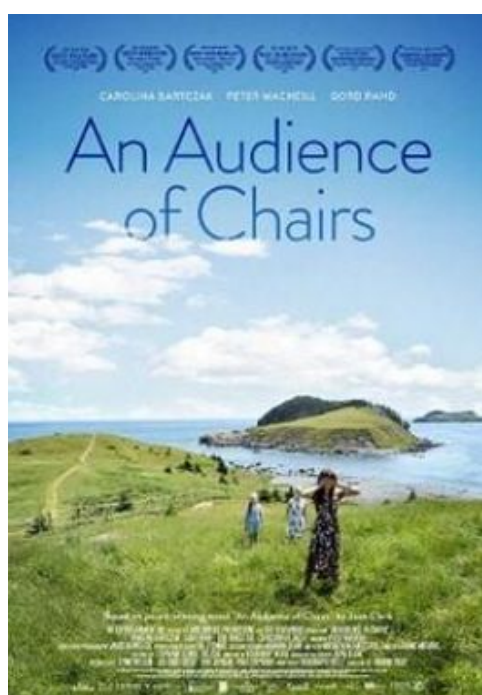


Ketevan Vashagashvili (2025)

Witches

Reino Unido, 90 min

Este documental entrelaza la propia experiencia de ansiedad, depresión y psicosis posparto de su directora con historias de otras mujeres y material cinematográfico histórico sobre brujas y salud mental. El documental reflexiona sobre cómo las mujeres con sufrimiento mental han sido estigmatizadas a través de los siglos y ofrece testimonios, voces de especialistas y ejemplos culturales para repensar estas narrativas.



Deanne Foley (2018)

Una audiencia de sillas

Canadá, 93 min

Una mujer con un trastorno mental grave (bipolaridad) lucha por recuperar la relación con sus dos hijas tras episodios de enfermedad que las pusieron en riesgo. La película explora el impacto del trastorno en su identidad como madre y su deseo de volver a estar con ellas.

Noticias



AFIN

Miguel Gaggiotti, premiado en la BAFTSS 2026 por el mejor cortometraje

El doctor Miguel Gaggiotti, profesor en el Department of Film and Television de la University of Bristol e integrante del Grupo AFIN, ha sido galardonado con el primer premio al mejor cortometraje en la edición 2026 de la British Association of Film, Television and Screen Studies (BAFTSS), celebrada recientemente. En el marco de varios proyectos del Grupo AFIN, Gaggiotti ha creado y producido diversas series de cortometrajes que abordan temáticas vinculadas a los estudios sobre infancia, familias y reproducción.



Cuidado y malestar menstrual

Se ha publicado en *Social Science & Medicine – Qualitative Research in Health* un nuevo artículo titulado “‘Smile, even though it hurts’: A photovoice study exploring the practices, experiences and spaces for menstrual care in Spain”, con Astrid Boe Hüttel, del Grupo AFIN, como primera autora, y Laura Medina Perucha, del Institut Universitari d’Investigació en Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol), como última autora.

El estudio emplea el método de fotovoz para analizar cómo las estructuras sociales blancas y cisheteropatriarcales agravan experiencias de malestar menstrual y, con frecuencia, obstaculizan las prácticas de cuidado menstrual. A través de fotografías y relatos personales, las personas participantes revelan la presión social por ocultar y reprimir sus malestares menstruales, poniendo de manifiesto una falta crítica de conocimiento menstrual y una desestimación sistémica de sus vivencias.

No obstante, al centrar el análisis en el concepto de cuidado menstrual, la investigación también destaca los aspectos positivos de las experiencias menstruales: son momentos significativos de creatividad, introspección, descanso y oportunidades para brindar y recibir cuidado.

Este trabajo forma parte del proyecto *Salud menstrual, salud mental y calidad de vida en España*, liderado por el Institut Universitari d’Investigació en Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol) en colaboración con el Grupo AFIN.

El artículo está disponible [en este enlace](#).

“Voces en resonancia”: la pérdida gestacional temprana



El pasado martes 21 de abril tuvo lugar la actividad “Voces en resonancia: relatos audiovisuales, debate interdisciplinario y reflexión colectiva sobre la pérdida gestacional temprana”, organizada por el Grupo AFIN Barcelona.

La cita fue en la sala de cine de la UAB para ver y debatir en torno al cortometraje *Muy Llena*, bajo la dirección artística de Miguel Gaggiotti (University of Bristol-AFIN) y producido por AFIN, gracias a la subvención para actividades de transferencia en el ámbito universitario otorgada por el Instituto de las Mujeres, del Ministerio de Igualdad de España, y disponible en abierto en el canal de YouTube de AFIN.

Esta es la tercera serie de cortometrajes que resultan del proyecto *Pérdidas reproductivas precoces: del malestar físico y emocional invisible al posible duelo personal, familiar y social*, financiado por la Fundación “la Caixa” y liderado por la Prof. Diana Marre.

La sesión estuvo moderada por Carolina Remorini (AFIN, UAB) y en el debate participaron Diana Marre (AFIN, UAB), Bruna Alvarez (AFIN, UAB), Manuel Fernández Alcántara (UA), Sandra Guevara (UAB) y Purificación Escobar García (UAB), junto a un público de docentes, investigadores y estudiantes de diversas carreras de la UAB.

Abierta la admisión en el Máster en Antropología de la UAB

La Universitat Autònoma de Barcelona ha abierto el proceso de admisión para el Máster en Antropología: Investigación Avanzada e Intervención Social para el curso 2026-27. Se trata de un programa presencial diseñado para comprender los fenómenos sociales contemporáneos desde una mirada crítica e intervenir en contextos de diversidad cultural con herramientas etnográficas.

El máster ofrece dos itinerarios de especialización: Investigación, orientado a proyectos académicos o aplicados, e Intervención Social, que incluye 90 horas de prácticas en entidades colaboradoras.

Las clases se impartirán en la Facultat de Lletres de la UAB, en horario intensivo de 16:00 a 20:00, de septiembre a marzo. El claustro, integrado por profesorado del Departamento de Antropología de la UAB, cuenta con una amplia trayectoria investigadora en ámbitos como crisis ecológica y estudios marítimos; salud global, cuerpos y medicalización; género, sexualidades y familias; infancias y educación; procesos de exclusión y

vulnerabilidad, y migraciones, urbanismo y movi­lidades.

El plazo de admisión permanecerá abierto hasta el 30 de septiembre y se ofertan 30 plazas. Para más información, se puede consultar [este enlace](#) o escribir a bruna.alvarez@uab.cat.



“Maternidades imposibles” en el Palau Macaya

Bruna Alvarez (Grupo AFIN, UAB) participó en el ciclo “Maternidades imposibles”, celebrado en el Palau Macaya y organizado por la Càtedra UNESCO Dones, Desenvolupament i Cultures de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya. La conversación, compartida con Sandra Ezquer­ra (Universitat de Vic) y Laia Forné (IDRA), giró en torno a las dificultades de convertirse en madre y a la tensión entre el capital y la vida.

Acompañantes de aborto en el norte de México

Bruna Alvarez (AFIN, UAB), junto con Suzanne Veldhius (Colegio de la Frontera Sur, México), ha publicado el artículo “‘I need to take care of myself as well’: self-care strategies of abortion *acompañantes* in Northern Mexico”. El texto analiza las necesidades de cuidado de las acompañantes de aborto en la frontera norte de México.

Este trabajo forma parte del proyecto *Repromob. Gobernanza reproductiva y movi­lidades en Europa, África del Norte y América Latina: Cuestionando la justicia y los derechos reproductivos en un contexto de austeridad y disminución de la fecundidad*, un proyecto coordinado e integrado por un subproyecto de la Universitat Autònoma de Barcelona y otro de la Universitat de Barcelona, ambos con participación de investigadoras e investigadores de diversas instituciones estatales e internacionales.

El artículo está disponible [en este enlace](#).