

Embarazo parto y puerperio: la madre en subordinación

Autoras:

Luisa Aguilar Bernal. Enfermera. Mg © en Epidemiología Clínica. Académica investigadora de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas Bogotá, Colombia.

Ana Becerra Pabón. Enfermera Especialista en Enfermería materno perinatal y Epidemiología. Dra. en Ciencias de la Educación. Coordinadora de Investigación de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas Bogotá.

Ilba Ardila Roa. Enfermera. Especialista en Docencia Universitaria. Mg. en Pedagogía, Académica de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas Bogotá.

Autora de correspondencia:

Luisa Aguilar Bernal. Enfermera. Mg © en Epidemiología Clínica. Académica investigadora de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas Bogotá, Colombia. ORCID: <http://0000-0001-6276-9163>. Mail: luisa.aguilar@junncorpas.edu.co

Conflicto de interés: Sin conflicto de interés

Financiamiento: Sin financiamiento

Recibido: 21 de septiembre de 2022

Aceptado: 15 de marzo de 2023

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.81.2023.3391>

› Resumen

Objetivo: comprender las vivencias y experiencias de gestantes, durante el trabajo de parto y parto en una clínica de Bogotá, con el fin de proponer estrategias de asistencia humanizada. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico. Se realizaron entrevistas a profundidad en una muestra a conveniencia conformada por 16 maternas en puerperio mediato de parto vaginal, con nacido vivo y mayores de 18 años. La recolección de información se realizó hasta la saturación de los datos y se analizó por medio del software Atlas ti. **Resultados:** el desconocimiento del sentir de la materna fue la categoría que permitió evidenciar de manera contundente formas de violencia obstétrica relatadas por las mujeres entrevistadas, mencionan aspectos como la soledad, la no deambulación, no alimentación, negación de la analgesia, entre otros. **Conclusión:** el proceso de parto y puerperio sigue siendo un acto medicalizado en donde la materna no cumple un rol protagónico y cede su cuidado a figuras autoritarias..

› Palabras claves: Parto Humanizado; Violencia contra la Mujer; Humanización de los Servicios; Salud Materna.

Pregnancy, childbirth and puerperium: the mother in subordination

› Abstract

Objective: To understand the experiences of pregnant women during labor and delivery in a clinic in Bogotá, in order to propose strategies for humanized assistance. **Materials and methods:** A qualitative phenomenological study was carried out. In-depth interviews were carried out with a convenience sample of 16 mothers in vaginal childbirth, with live birth and older than 18 years of age. The information was collected until data saturation and analyzed by means of Atlas ti software. **Results:** the lack of knowledge of the mother's feelings was the category that made it possible to demonstrate conclusively the forms of obstetric violence reported by the women interviewed, mentioning aspects such as loneliness, not waking, not feeding, denial of analgesia, among others. **Conclusion:** the process of childbirth and puerperium continues to be a medicalized act in which the mother does not play a leading role and hands over her care to authoritarian figures.

› **Keywords:** Humanizing Delivery; Violence Against Women; Humanization of Assistance; Maternal Health.

› Introducción

Organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han comprometido con el respeto a los derechos sexuales y reproductivos así como a la conservación de la salud de las mujeres, reconociendo que el personal de salud tiene un rol indispensable en la prevención de la violencia de género ¹, sin embargo, el panorama que se encuentra en algunos hospitales y clínicas privadas de Colombia es desalentador, el personal de salud lejos de propender la igualdad de género y la conservación de los derechos humanos se ha visto implicado en actos de violencia e intolerancia hacia un grupo específico de mujeres; la mujer gestante ².

La violencia obstétrica se define como:

“conductas de acción u omisión que ejerce el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecta a la salud, integridad sexual y reproductiva de las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio”³.

Aunque el fenómeno del estudio no es muy popular ⁴ en estudios extranjeros se evidencian altas prevalencias del mismo. Tal es el ejemplo de España, donde existe una prevalencia de un 38,3% ⁵ y en Italia la cifra alcanza el 78,4% ⁶. En África se reportan valores de hasta un 98% ⁷, con la salvedad de Nigeria que reporta el 32,3% ⁸. En Latinoamérica solo se cuenta con datos de México, país donde el fenómeno alcanza una prevalencia del 58% ⁹. En Colombia, no se encuentran datos que evidencien la violencia obstétrica, lo que dificulta la posibilidad de visibilizar la problemática.

El sistema de valores del personal de salud se ve afectado diariamente por los intereses del sistema occidental, al considerar el lucro como el objetivo de la atención en salud, homogeneizando

a todos los pacientes bajo los mismos estándares de cuidado, sometiendo al cuerpo de la mujer gestante a procedimientos que no necesita, medicalizando de más el proceso del parto y dejando de lado la importancia del cuidado holístico como aspecto fundamental de la unión entre el cuerpo y la mente ¹⁰.

Con la intención de analizar el fenómeno a profundidad, se observó en textos previos la intención del personal de salud, desde su posición autoritaria, que pretende someter a la gestante a una subordinación constante en la que debe *“colaborar en todo”* si espera una buena atención ¹¹, así mismo, la perpetuación del maltrato, que inicia en las aulas de clase del personal de salud a lo largo de su formación y termina en las salas de parto y puerperio como una forma de *“carácter”* útil para controlar el comportamiento de las gestantes ¹².

Frente a todo lo descrito, es que el objetivo del estudio fue comprender las vivencias y experiencias de gestantes, durante el trabajo de parto y parto en una clínica de Bogotá, con el fin de proponer estrategias de asistencia humanizada.

› Material y método

Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico ¹³, que busca conocer y comprender las vivencias y experiencias en el proceso del parto de las gestantes en puerperio mediato e inmediato ¹⁴ de una clínica privada en la ciudad de Bogotá. Se realiza la selección de la muestra de manera no probabilística. Se determinan siguientes criterios de inclusión: puerperio mediato de parto vaginal, con nacido vivo y mayores de 18 años. El criterio para determinar el número de participantes fue dado por el principio de saturación el que consiste en recolectar información hasta que esta sea repetitiva entre los participantes.

Para la recolección de la información, se realizaron entrevistas en profundidad con preguntas formuladas por las investigadoras y aplicadas a cada una de las informantes. Esas preguntas reflejan sus experiencias en procedimientos, acompañamiento, medicamentos administrados, emociones, situaciones que les generaron disgusto, percepción frente a la información brindada, entre otros.

El trabajo de campo se llevó a cabo primeramente con la identificación de las gestantes que cumplieran con los criterios de inclusión, a quienes posteriormente se les realizó la entrevista, las cuales tuvieron una duración entre 30 y 40 minutos, estas, se realizaron en la unidad del paciente estando a solas y fueron grabadas con el consentimiento de las participantes; posteriormente fueron transcritas, categorizadas y codificadas en el programa Atlas ti versión 7.0 ¹⁵.

El rigor metodológico de acuerdo con Lincoln y Guba se basó en la credibilidad y auditabilidad. Los resultados fueron compartidos con las mujeres participantes, quienes reafirmaron la interpretación hecha a los datos ¹⁶.

Aspectos éticos: basados en la resolución 8430 de 1993 se considera como una investigación con riesgo mínimo, pues se emplea el registro de datos a través de entrevistas y no se realiza ningún tipo de procedimiento invasivo ¹⁷. Así mismo, cada una de las participantes fue informada de los objetivos y alcance de la investigación para la firma del consentimiento informado; se protegió su privacidad eliminando nombres en las entrevistas y codificándolas.

› Resultados

La muestra se compuso de 16 maternas mayores de 18 años en puerperio mediato que aceptaron su participación en la investigación.

Una de las principales unidades de significado que emergen del análisis de los resultados tiene que ver con *“El desconocimiento del sentir de la materna”* dentro de la cual, se agrupan aspectos como los procedimientos realizados, las actitudes del personal y la percepción de los signos de violencia, aspectos que tienen que ver con las ya conocidas dinámicas de poder instauradas en las instituciones de salud. Siempre que se trate de una multiplicidad de individuos a los que haya que imponer una tarea o una conducta, podrá ser utilizado el esquema panóptico. Puede reducir el número de los que lo ejercen, a la vez que multiplica el número de aquellos sobre quienes se ejerce ¹⁸. Las mujeres gestantes no tienen ninguna garantía al ser víctimas de violencia obstétrica, ya que, no existe ninguna ley aprobada que sirva de defensa. Podríamos pensar que no se reconocen las vivencias y necesidades de dicha población, lo que nos motivó a desarrollar esta investigación y obtener resultados impactantes en cuanto al desconocimiento del sentir de las maternas.

La prisión actúa sobre el cuerpo del preso, pero lo hace obligándolo a aproximarse a un ideal, una norma de conducta, un modelo de obediencia ¹¹. Es posible que olvidemos el hecho de que más allá del cuerpo hay una identidad a la que Foucault llama *“alma”*. Se percibe este olvido del alma cuando no validamos aquello que la materna refiere, desde sus angustias hasta sus necesidades, todo por apegarnos a lo que se cree *“correcto”* y que en la academia se enseña como obligatorio (como el hecho de administrar Oxitocina a todas las maternas que entran a la sala de trabajo de parto) haciendo caso omiso al proceso fisiológico natural del parto y a las necesidades básicas del cuerpo, como lo menciona el siguiente relato:

“...luego ya le solicitó al personal de enfermería que estaba en la sala que me iniciaran Oxitocina

para acelerar las contracciones, y me dijo “cada vez que tenga contracciones debe pujar”, me mandó a pujar en 7 de dilatación, o pues ella en ningún momento me dijo que estaba más dilatada, me mandó fue a pujar (E12P1R157Pag22)”.

El momento histórico de las disciplinas es el momento en que nace un arte del cuerpo humano, que no tiende únicamente al aumento de sus habilidades, ni tampoco a hacer más pesada su sujeción, sino a la formación de un vínculo que, en el mismo mecanismo, lo hace tanto más obediente, cuanto más útil, y al revés¹⁸. No hay que olvidar que el personal de salud es quien presta un servicio al paciente y por ello hay que entender las necesidades de cuidado del paciente, y no al contrario. A las figuras de poder se les encuentra actuando en los colegios, han invadido lentamente el espacio hospitalario, y en unas décadas han reestructurado la organización militar¹⁸. Por este comportamiento autoritario y dominante se compara a los hospitales con escuelas y organizaciones militares que en conjunto serían “Instituciones disciplinarias”.

Esta forma de violencia se trata de una predisposición que se aprende con la práctica, que ciertamente les capacita para no involucrarse a nivel emocional con cada paciente, pero que fácilmente los habilita para ir mucho más allá: les permite ignorarlas aun cuando ellas les están solicitando de forma dramática su atención. Son justamente los actores menos socializados en este contexto, los más jóvenes, es decir, los que no han desarrollado plenamente este habitus autoritario, los que pueden mostrarse más “compasivos” con las mujeres¹². Tal parece que, entre más experiencia tuviese el personal que atiende a la materna, más se la deshumanización, ¿en qué momento el ser humano renuncia a sus principios, aún cuando se dedica a un acto tan humano como curar o cuidar?

Se presume un agotamiento y desapego de los mismos, en el momento en que se deja de individualizar la atención, se condiciona el tratamiento, se falta al respeto, se pretende un dominio total del cuerpo que se tiene en frente y se decae en la violencia obstétrica. Es importante plantear la idea en la formación de que empatizar con la paciente no es proporcional a ausencia de carácter ni falta de profesionalismo y que es definitoria la inteligencia emocional con la que el personal de salud va a asumir los retos propios de su profesión. Al respecto se resalta el siguiente relato:

“Fue bueno hasta que me hicieron la cirugía para quitarme los residuos de placenta, porque había una enfermera un poco tosca, no sé si era por la edad porque era una señora mayor, pero le fastidiaba como... hacer su trabajo, no lo hace porque ella quiso estudiar eso, sino lo hace por hacerlo, y era así con varias pacientes,(E6P1R48Pag8) a veces les decía “necesito que por favor me acompañen, soy primeriza y quisiera que estuvieran acá conmigo al menos diciéndome cómo respirar” (E10P1R85Pag13)”

*“Yo les decía “ayudenme, ayudenme a respirar”. Hubo una enfermera a la que le dije: “oye, me ayudas a respirar, es que me esta doliendo mucho, no sé qué hacer, dame ánimo” y me dijo simplemente: “no puedo ayudarte a respirar” y se fue y creo que esa enfermera de verdad *llora* es demasiado horrible, porque yo necesitaba apoyo de ellas y no lo recibí (E10P1R88Pag13)”.*

Para una mujer en trabajo de parto, el acompañamiento, las palabras de apoyo, sujetar una mano, brindar un trago de agua, guiar la respiración, etc. son pequeños detalles que guían el camino hacia un parto exitoso y a una experiencia memorable. Para Foucault, el “detalle” era desde hacía ya mucho tiempo una categoría de la teología y del ascetismo: no hay inmensidad alguna mayor que un

detalle, pero nada es lo bastante pequeño para no haber sido querido por una de sus voluntades singulares. ¡Cuan peligroso es no hacer caso de las cosas pequeñas!, las cosas pequeñas disponen para las grandes ¹⁸. Al respecto encontramos los siguientes relatos:

*“...entonces llegaron y llamaron a dos practican-tes bien bonitas y ahí de mala gana le dijeron *en tono despectivo*: “acompañenla que se siente ahí sola”,(E10P1R92Pag13)”*

“Que me hayan dejado sola, la verdad me impactó mucho el haberle pedido a la enfermera que me hiciera acompañamiento y que me haya dicho “no puedo” o sea, ¿para que está? (E10P2R118Pag16)”

Hay testimonios de mujeres que reportan que, en el momento de mayor dolor durante el trabajo de parto, que enfrentan con expresiones de dolor, ademanes y gritos, reciben de parte de los médicos órdenes de controlarse, señalándoles que si antes disfrutaron del sexo, ahora “tienen que aguantarse” ¹². Frase común en las salas de trabajo de parto, acaso ha de suponerse que el hecho de disfrutar de una relación sexual, como seguramente el personal de salud también lo ha hecho, debe condenar a la mujer gestante a horas de intenso dolor, sin un asomo de empatía y tratamiento para el dolor adecuado o que simplemente no tiene derecho a quejarse porque el sexo fue placentero, ¿tiene el personal de salud la jurisdicción de opinar al respecto? Al respecto se encontraron las siguientes experiencias:

“Cuando empecé el trabajo de parto era la 1:00 am, subí a sala de parto supuestamente para que me aplicaran la epidural, pero nunca me la aplicaron, entonces llegaron las 6:00 am y ya era un dolor que no aguantaba y nunca me pusieron ningún medicamento, me decían que el anestesiólogo ya iba a llegar, pero nunca llegó(E9P1R70Pag11)”

“El dolor era insoportable, el metió los dedos y me ayudó a que el cuello se expandiera, duré ahí con los dolores como 40 minutos, yo pedí epidural, pero la anestesióloga estaba en una cesárea, me dijeron que se demoraba porque estaba ocupada y esa inyección solo la pone ella (E16P1R243Pag33)”

“En ese proceso duro y difícil deberían apoyar más en la parte de los medicamentos, es que es un dolor indescriptible, impresionante, yo he pasado varias veces por eso, pero si ellos de verdad se pusieran la mano en el corazón dirían esa muchacha está sufriendo, necesita su medicamento urgente y no poner excusas de que la anestesióloga está ocupada o no a llegado. (E16P2R251Pag34)”

Se encuentra la predisposición de muchos integrantes del personal de salud a descalificar la información y el conocimiento que las mujeres poseen sobre su propio estado de salud o sobre su proceso de parto, o incluso sobre los síntomas y el dolor que experimentan. En algunos casos, esta actitud puede ser suficiente para desincentivar la utilización de los servicios por parte de la población. Es posible también dictaminar que las mujeres no están sintiendo dolor, aun cuando ellas así lo reporten. Se evidencia también una jerarquía, el pretendido monopolio del saber, y la descalificación de las quejas de las mujeres son posibles gracias a la existencia de un micro orden social que existe al interior del hospital que establece que el papel protagónico en ese escenario es el del personal de salud, y que las mujeres que acuden ahí, a pesar de ser las que paren, no tienen sino un rol secundario ¹². La ética se ha visto comprometida en el ejercicio profesional juramentado, tras varios años de formación fisiopatológica y bioética que le permite al profesional tomar decisiones coherentes en pro del paciente, se ha preferido otorgar tratamientos (por ejemplo, la analgesia) como un premio al buen comportamiento y

la omisión de la atención como castigo hacia ciertas maternas que no actúan conforme a lo que el personal considera correcto. Se infantiliza a la paciente gestante al remarcar la jerarquía del saber, ignorando y subestimando los saberes que tienen sobre su propio cuerpo además de ejercer presión para dejar todo en sus manos, sin espacio para la objeción. Al respecto se encontró:

“Cuando iba a nacer la bebé necesite la atención de los doctores y no estuvo nadie, por más de que mi familia llamó, por esa razón tuve mi hijo en la habitación, solita prácticamente ya cuando estaba naciendo mi bebé fue cuando llegaron todos a asistirme y pues se molestaron y me decían: “no puje” ;No... no sé qué! pero pues ya mi bebé estaba prácticamente afuera. La tuve con mi esposo, los dos solos y luego llegó el personal de la sala de partos. Pero pues, ya los habíamos llamado por más de 20 minutos, pero nadie se acercó(E1P1R2Pag1)”

*“Inclusive, la camilla estaba toda llena de líquido, mojada y yo les decía *llora* “tengo mucho frío, colabórenme quitándome todo esto” y yo temblando de frío con esos dolores y eso todo mojado y de pronto una enfermera llegó y como que se apiadó de mí y me cambió las sábanas, pero no me cambió el pañal, entonces otra vez estaba todo mojado, pero yo ya no quería decir nada (E10P1R96Pag14)”*

“Lo peor fue lo de la jefe de enfermería, quitarme el bebé y decirme que si no le doy de lactar, el bebé va a convulsionar, sin pensar en que no es que yo no le quiera dar, sino que no tengo leche y en vez de darme una solución me está amenazando que le va a pasar algo al niño, ¡eso está mal!, ella está para brindarme una solución y para ayudarme. Si ve que no puedo lactar, y que el bebé llora de hambre, debe ofrecer una solución, no decirme eso de la forma en que me lo dijo. Le chuzó el pie al bebé porque le hicieron una glucometría y dijo, ¡“Mire

está en 47, va a convulsionar, ¡toca darle formula!” (E14P2R214Pag29)

Siempre será necesario el monitoreo en la gestación y la vigilancia constante del estado de salud del binomio madre e hijo, para identificar alteraciones que podrían poner en riesgo su vida, sin embargo, cuando un embarazo tiene un curso normal y es de bajo riesgo, someter a una gestante a monitoreo constante durante todo el trabajo de parto solo limita su movimiento e interfiere con su comodidad y tranquilidad para continuar con el proceso, y de esta manera demorarlo más de lo necesario. Al respecto Foucault menciona que el poder disciplinario desde los comienzos del siglo XIX: de manera general todas las instancias de control individual, funcionan de doble modo: el de la división binaria y la marcación (loco - no loco; peligroso-inofensivo; normal-anormal); y el de la asignación coercitiva, de la distribución diferencial (quién es; dónde debe estar; por qué caracterizarlo, cómo reconocerlo; cómo ejercer sobre él, de manera individual, una vigilancia constante, etc ¹⁸. Al respecto se encontró lo siguiente:

“Me recibió una enfermera, me subieron a la camilla y me explicó que después de que me subiera a la camilla ya no me podía volver a bajar a caminar, ni al baño ni nada, que si necesitaba hacer chichí lo hiciera ahí mismo y si no, en el pato (E13P1R185Pag25). Inclusive mi hermana ha tenido inconveniente para entrar a las visitas porque aquí dicen que de 3:00 pm a 6:00 pm y resultan dejándola entrar a las 7:00 pm y a las 8:00pm ya la están sacando, no tiene mucho tiempo para compartir (E4P4R28Pag5)”

Durante la atención de las mujeres en trabajo de parto, los médicos manifiestan irritación ante la “desobediencia” a las indicaciones que se les dan, entre otras, la obligación de mantenerse acostadas. La propensión de los médicos a infantilizar a

las mujeres y de recurrir a un paternalismo autoritario funciona también como una estrategia que contribuye a reforzar el rol subordinado que se les asigna durante el trabajo de parto ¹². La reflexión más importante que se pretende generar es que la formación adquirida durante los pregrados y las especializaciones en la atención de gestantes nace de la necesidad de la materna de ser atendida y por ende es el personal de salud quien debe ajustarse a las necesidades y los tiempos de la materna. El respeto debería estar incorporado y arraigado desde la formación en casa, reforzado por la educación formal y permanecer en el ser por la moral de cada uno, por lo que este fenómeno ni siquiera debería tener lugar en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Jhon Rawls en el libro Teoría de la justicia ¹⁹ señala que una sociedad bien ordenada debe tener como foco primario las necesidades, deseos, juicios, comportamientos y todos los rasgos de la forma de ser de la persona en particular. La teoría del cuidado se vincula con este sentido individualizante. No obstante, el sentido del cuidado no se puede perder en la indeterminación de la globalización, pues el cuidado reclama la atención de un paciente en su contexto con su historia particular ²⁰. Un servicio de obstetricia se requiere gracias a la existencia de la mujer gestante, y su necesidad de atención, razón por la cual, muchos profesionales de la salud eligen voluntariamente especializarse en esta área, y aunque quienes trabajan allí poseen importantes conocimientos, es arbitrario opacar las voluntades y necesidades de la materna, si dichas voluntades no ponen en peligro la vida del binomio. El personal insiste en imponer un orden para toda la fila de camas que contienen cuerpos gestando, en vez de individualizar el cuidado a cada una de las camas en donde yacen mujeres dando a luz vidas humanas. Al respecto se encontró:

“Acá en hospitalización uno a veces necesita algo y los timbres no sirven y si sirven pues no vienen, uno no sabe cómo bajar la baranda y pues yo ya llevaba mucho tiempo sin ir al baño, sin orinar, yo no me aguantaba más y me oriné en el pañal y nadie vino a ayudarme (E12P1R171Pag23)”.

“En el día yo les decía “déjenme caminar o acomodarme para sentirme cómoda” y decía “no, no puede caminar, ya rompió fuente” y yo les decía “pero yo tengo el pañal y voy a caminar despacio, cualquier cosa yo les digo” y repetían que no podía caminar (E10P1R103Pag15)”.

La estructura de un servicio de obstetricia parece estar diseñado para restringir el movimiento y comunicación entre la paciente y sus familiares, que se rompe momentáneamente cuando la materna llega a 10 cm de dilatación, al fin puede estar acompañada durante breves minutos por alguien que le genera confianza y seguridad, desafortunadamente, luego del expulsivo, el familiar es retirado, como si hubiese sido tiempo suficiente para ambos viviendo el momento, tal vez, el momento más esperado de sus vidas.

“Nos informaron que él podía entrar, pero como de una vez me subieron, no me dejaron hablar con nadie, quedé totalmente incomunicada, sentí que me hizo falta estar con mi pareja, me sentí mal, uno siempre quiere el apoyo de su familia para que el proceso se dé más rápido. (E13P5R197Pag26)”.

“El control antes de que ingresara pasé con la obstetra y le pregunté si él podía ingresar y que para eso debía tener un traje apropiado y tenía que preguntar a la doctora antes de que tuviera 10 de dilatación para que pudiera ingresar. Debía ingresar solo en el momento del parto y después sale (E15P5R237Pag32)”.

En El Cairo en 1994, la comunidad de naciones adoptó una definición de salud reproductiva que

permite dejar atrás la visión fragmentada que por muchos años prevaleció en relación con los diversos aspectos de la reproducción. Incluye el derecho al acceso informado sobre la variedad de métodos anticonceptivos disponibles, así como a la libre elección y uso de ellos ¹². Si bien, los métodos anticonceptivos son una herramienta indispensable en los servicios de ginecología que el profesional de la salud puede sugerir u orientar a la mujer sobre su uso, estos no dejan de ser una opción, pues no se sabe si estos métodos interfieren con su cultura, creencias o estilo de vida. Al respecto se encontró:

“El doctor me estaba diciendo que tenía que elegir un método de planificación y yo ya le había dicho a él que no iba a planificar, y en últimas él me hizo firmar un consentimiento de que no me lo iba a poner y desde el primer momento les había dicho que no quería planificar. Pero ya me estaban presionando para que tomara un método, me ofrecieron DIU o el implante subdérmico, entonces eso no me parece, igual se supone que uno es libre de decidir si tomar o no un método de planificación (E4P2R24Pag5)”.

› Discusión

El estudio realizado, refleja la medicalización innecesaria de un proceso fisiológico natural, que desemboca en actos de violencia naturalizados tanto por el personal de salud como por la materna. Analizando en retrospectiva las posibles causas del maltrato sin el fin de justificarlo, se piensa en la replicación de una conducta vivida en el aula, cuando el personal de salud se está formando. En estos escenarios se identifican roles de poder, en donde similar a una cadena alimenticia, el “ultimo” quien tiene menos poder, es el más afectado.

En un estudio, también basado en experiencias,

se realizaron entrevistas acerca del parto institucionalizado y se encontraron tres aspectos importantes que refuerzan los hallazgos:

1) Falta de comunicación, falta de información y consentimiento - la toma de decisiones unilaterales por parte de los profesionales de la salud durante el cuidado intraparto, falta de consentimiento informado. 2) Sentirse excluidas - haciéndolas sentir distantes y ajenas del evento y la experiencia del parto y 3) Discrepancias - inconsistencia entre las expectativas de las mujeres y la realidad del trabajo de parto y parto ²¹. Aspectos que en concordancia con esta investigación son repetitivos y comunes en la percepción de las maternas con atención del parto institucionalizado.

En Cuba, desde la perspectiva del personal de salud, mencionan que, aunque tienen formación científica y tecnológica elevada, reconocen que falta un enfoque de atención humanizada ²². Por lo que se percibe la necesidad de destacar la asistencia humanizada y el respeto por los derechos desde la formación en pregrado, ya que, el parto humanizado asegura el respeto de los derechos fundamentales, de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, reduciendo complicaciones perianales, la mortalidad materna y los costos de la asistencia médica ²³.

En Costa Rica, basados en uno de los autores en los que se fundamentan los resultados de esta investigación: Michel Foucault; buscan dar a conocer el concepto de violencia obstétrica y cómo emerge, ya que, la gestación no gira en torno a una regla jurídica sino a una regla natural, por ende, se necesitan reformas en su atención. También proponen una definición del término “poder obstétrico” al notar que el conocimiento de la mujer sobre su propio cuerpo, sus procesos fisiológicos e incluso psicológicos se tilda como insuficiente y acientífico; por esta razón, los profesionales de

Enfermería y Medicina consideran frecuentemente que la materna es una interlocutora inválida, lo cual dificulta un diálogo por estar concentrados en mantener una posición de poder como se evidenció en la triangulación de la información ²⁴.

Finalmente, en Colombia, se evidencia que el personal de salud no conoce y por ende no emplea las recomendaciones de la OMS para la atención del parto, cayendo en actos negligentes que violan los derechos de la materna y en ocasiones ponen en riesgo su vida ²⁵.

› Conclusión

El proceso de gestación, parto y puerperio institucionalizado se sigue evidenciando como un acto medicalizado, donde la mujer gestante pierde su autonomía, delegando al personal de salud más cercano su proceso de cuidado, que no siempre se ofrece de la mejor forma. Se hace necesario profundizar en el fenómeno de la violencia obstétrica para comprender nuevas formas de asumir el parto, desde una perspectiva de género y de derechos.

› Agradecimientos

Agradecemos a las maternas su tiempo, disposición y aporte para el estudio del fenómeno. Así mismo agradecemos a las instituciones que nos permitieron realizar la investigación.

› Referencias bibliográficas:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS adquiere importantes compromisos en favor del empoderamiento y la salud de las mujeres. 2021. [citado 23 de septiembre de 2020]. <https://www.who.int/es/news/item/05-07-2021-who-pledges-extensive-commitments-towards-women-s-empowerment-and-health>

2. Dueñas Marín, P. K., Rincón Pinzón, N. V., Sandoval Cerinza, C., Santos Quiroz, Y., & Torres Neira, K. J. (2020). Vivencias y experiencias de las gestantes que tuvieron el trabajo de parto y parto en un Hospital de la Subred Norte [Trabajo de grado, Fundación Universitaria Juan N. Corpas]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.juanncorpas.edu.co/handle/001/107>

3. Consultorsalud. Violencia obstétrica: Proyecto de ley. 2020. [citado 23 de septiembre de 2020]. <https://consultorsalud.com/violencia-obstetrica-proyecto-de-ley/>

4. Gray T, Mohan S, Lindow S, Pandey U, Farrell T. Obstetric violence: Comparing medical student perceptions in India and the UK. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2021 Jun 1 [Citado 2022 Mar 10]; 261:98–102. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211521001822>

5. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric violence in Spain (part I): Women's perception and interterritorial differences. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17217726>

6. Koster D, Romijn C, Sakko E, Stam C, Steenhuis N, de Vries D, et al. Traumatic childbirth experiences: practice-based implications for maternity care professionals from the woman's perspective. *Scand J Caring Sci*. 2020;34(3):792–9. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12786>

7. Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Fredman LP, Kujawski S, et al. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility-based childbirth: lessons learned. *Reprod Health*. 2017;14(1):127. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0389-z>

8. Farouk SL, Amole TG, Kabir M, Abubakar IS, Ilyasu Z. Obstetrics violence among parturient women in Kano State, north-west Nigeria. *Sex Reprod Health*. 2021; 29(100620):100620. <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100620>
9. Madrid Medina C, De León Pérez MÁ, Delgado Mandujano MJ, Cancino de la Cruz LG, Rangel Jiménez P, Soto Rosales BE, et al. Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica*. 2019;14(42):27-36. <http://dx.doi.org/10.33064/42lm20192245>
10. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75(S1):S5-23.
11. Butler J. Mecanismos psíquicos del poder. Ediciones Cátedra. Quinta Edición. Universitat de Valencia; 2015.
12. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anti-concepción inducida y derechos reproductivos. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias Universidad Nacional Autónoma de México. México-Cuernavaca; 2015 [Citado 2022 Oct 2]. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crimunam/20170511032438/pdf_1464.pdf
13. Guerrero-Castañeda Raúl Fernando, Prado Marta Lenise Do, Kempfer Silvana Silveira, Ojeda Vargas M^a Guadalupe. Momentos del Proyecto de Investigación Fenomenológica en Enfermería. *Index Enferm*. 2017 Jun [citado 2023 Ene 10]; 26(1-2): 67-71. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962017000100015&lng=es.
14. Ministerio de Salud. Resolución No 3280 de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DI/resolucion-3280-de-2018.pdf>
15. Universidad de Antioquia. Atlas TI, una herramienta para la investigación. Unidades Académicas. [Citado 2022 Sep 12]. <https://onx.la/b99ac>
16. Guba EG, Lincoln YS. *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. Londres, Inglaterra: Jossey-Bass; 1992.
17. Ministerio de Salud. Resolución No 8430 de 1993. Oct 4, 1993. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf
18. Foucault M. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Segunda edición. Madrid-España: Siglo XXI Editores; 2009.
19. Rawls J. *Teoría de la justicia*. Fondo de cultura Económica; 1998
20. Becerra Pabón AC. *El cuidado en enfermería: una propuesta de formación pedagógica*. Bogotá: Ediciones FEDICOR; 2018. 235
21. Koster D, Romijn C, Sakko E, Stam C, Steenhuis N, de Vries D, et al. Traumatic childbirth experiences: practice-based implications for maternity care professionals from the woman's perspective. *Scand J Caring Sci*. 2020;34(3):792-9. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12786>
22. Borges Damas L, Sánchez Machado Rolando, Domínguez Hernández R, Sixto Pérez A. Una concepción integral del parto humanizado en Cuba. *Holist Concept Humaniz Childbirth Cuba*. *Rev cubana Obstet Ginecol*. julio de 2018;44(3):1-12. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X20
23. Newsletter. Congreso de telesalud Región de las Américas 2016. *E-Health Reporter LatinAmerica*. [Citado 2022 May 9]. <https://ehealthreporter.com/congreso-de-telesalud-region-de-las-americas-2016-2/>

24. Arguedas Ramírez G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuad Inter c mbio sobre Centroam Caribe. 2014;11(1):145. <http://dx.doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>

25. Jiménez-Hernández Gustavo E, Peña-Jaramillo Yesenia M. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud. 2018 Dic [Citado 2023 Jan 10]; 50(4): 320-327. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012108072018000400320&lng=en